

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

570
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond, Édouard BOUILLÉ

Élève à l'École du Service de Santé militaire

Externe des Hôpitaux

Né le 2 Août 1907 à Cherbourg (Manche)

LES ORCHI-ÉPIDIDYMITES
A STAPHYLOCOQUES

Président : M. CH. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond, Édouard BOUILLÉ

Élève à l'École du Service de Santé militaire

Externe des Hôpitaux

Né le 2 Août 1907 à Cherbourg (Manche)

LES ORCHI-ÉPIDIDYMITES A STAPHYLOCOQUES

Président : M. CH. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.....	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri).. Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI.. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ...	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

« Je dédie ce modeste travail, faible témoignage de sincère affection et de profonde reconnaissance. »

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital La Pitié
Officier de la Légion d'Honneur

*« En respectueux témoi-
gnage de reconnaissance
pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse. »*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVASSU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

« En témoignage de reconnaissance respectueuse pour le bienveillant accueil que nous avons reçu dans son service et pour les bons conseils qu'il nous a prodigués au cours de ce travail. »

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BRAINE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

« Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et qui nous a donné sans cesse les preuves multiples de sa bienveillance En témoignage de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance. »

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in mémoriam*)
M. LE PROFESSEUR P. DELBET
M. LE PROFESSEUR SICARD (*in mémoriam*)
M. LE DOCTEUR FEUILLIÉ (*in mémoriam*)
M. LE PROFESSEUR LEREBOULLET
M. LE DOCTEUR LAUNAY
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE DOCTEUR PISSAVY (*in mémoriam*)
M. LE DOCTEUR PARAF
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES
M. LE DOCTEUR J. BRAINE

A MM. LES DOCTEURS R. MAXIMIN, Ch. MOTZ

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DU VAL-DE-GRACE

LES ORCHI-ÉPIDIDYMITES A STAPHYLOCOQUES

L'importance du staphylocoque devient chaque jour de plus en plus manifeste dans le domaine de la pathologie uro-génitale. Toute une série de travaux récents viennent montrer dans quelle large mesure ce microbe regagne du terrain sur les autres agents des différentes affections urinaires. De nombreux auteurs l'ont souvent observé et vérifié dans un grand nombre d'affections urologiques, telles que uréthrites, cowpérites, prostatites, cystites, pyélonéphrites et phlegmons périnéphrétiques.

Nous avons eu personnellement l'occasion, pendant notre séjour comme externe dans le service du Dr J. Braine, d'observer une épididymite aiguë à staphylocoques qui fut à l'origine de ce travail.

Il y a deux sortes d'épididymites staphylococciques : les unes, à staphylocoques purs, les plus rares, et les autres de beaucoup plus fréquentes, à « microbes associés », où le staphylocoque se trouve associé à d'autres espèces microbiennes, notamment au colibacille ou encore au gonocoque, parfois à l'entérocoque, plus rarement au streptocoque.

Nous n'entendons pas traiter ici de ces épididy-

mites à microbes associés qui peuvent parfois compliquer le cours d'une urétrite banale, d'un rétrécissement urétral ou d'une hypertrophie prostatique, à la suite du traitement chirurgical de ces lésions. Les prostatiques qui se sondent eux-mêmes ou qui sont l'objet de massage intempestif de la prostate ont souvent de ces épидидymites ; le spécialiste lui-même est souvent, malgré une asepsie rigoureuse, arrêté dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre par une de ces inflammations épидидymaires.

Le staphylocoque peut être aussi l'agent causal d'une orchі-épидидymite, même dans les formes ordinaires spécifiques, en particulier dans la forme blennorragique. Lavenant, développant des conceptions étio-pathogéniques déjà anciennes, a repris en 1921 dans le *Journal d'Urologie*, l'étude de l'épididymo-vaginalite blennorragique, et démontra par des examens bactériologiques du pus urétral, du liquide de la vaginale et du liquide retiré par ponction de l'épididyme, que dans la majorité des cas, l'inflammation épидидymo-testiculaire n'est pas due au gonocoque, mais aux agents microbiens associés ou secondaires à celui-ci, en spécifiant volontiers le staphylocoque.

Mais nous n'avons pas à nous entretenir ici de ces formes. Nous n'aurons en vue dans ce travail que les épидидymites dues au seul staphylocoque.

Nous diviserons ces épидидymites à staphylocoques purs en épидидymites aiguës d'une part et épидидymites subaiguës et chroniques d'autre part.

ORCHI-EPIDIDYMITES STAPHYLOCOCCIQUES AIGUES

HISTORIQUE

Si l'on examine la statistique des observations publiées jusqu'alors, on constate que les épидидymites aiguës staphylococciques se sont manifestées, en général, au cours d'une staphylococcémie.

Un cas fut décrit par Kocher, un autre par Lexer.

Von Biland en 1905 publie une observation très intéressante.

« Les orchi-épидидymites aiguës au cours des staphylococcémies » font l'objet en 1909 d'une magistrale clinique de M. le Professeur Quénu.

Du Bois (1909) signale une orchi-épидидymite spontanée à staphylocoques avec fonte du testicule.

En 1920, M. le Professeur Chevassu a l'occasion d'observer une épидидymite au cours d'une infection à staphylocoques.

Matignon (1922) cite un cas d'épididymite dont la nature staphylococcique fut prouvée par l'élimination rénale du staphylocoque.

Enfin, Dumont et Tissier reviennent également en 1922 sur l'étude de l'épididymite staphylococcique.

Nous reproduisons *in extenso* et par ordre chronologique les observations de MM. Biland, Quénu, Chevassu, Dumont et Tissier, en y ajoutant le cas que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service du Dr J. Braine.

OBSERVATION I

Traduction d'une observation publiée par M. von BILAND

Le 4 février 1904, en pleine santé, le malade G. G., 21 ans, ressent dans les mouvements du membre supérieur droit une douleur dans l'épaule qui augmente rapidement d'intensité et le contraint à cesser son travail.

L'épaule droite présente une tuméfaction et la peau qui recouvre l'articulation est rouge. Le 6 février, le malade garde le lit : il est très asthénique, fiévreux et couvert de sueurs profuses.

La tuméfaction de l'épaule droite augmente de plus en plus.

Dans la nuit du 8 au 9 février apparaît une douleur dans le genou gauche. Le matin, le malade y remarque une légère tuméfaction très sensible à la pression. Au cours de la journée du 9 février apparaissent des taches rouges, douloureuses, sur le dos du pied gauche et sur l'articulation tibio-tarsienne gauche.

En urinant il ressent une légère brûlure sur tout le trajet de l'urèthre, brûlure qui persiste pendant deux ou trois jours. Le 10 février, vers midi, subitement, il est pris de violentes douleurs dans le testicule gauche auxquelles s'ajoute bientôt une tuméfaction qui va sans cesse en augmentant. Ces violentes douleurs du début font place à une sensation de tension persistante et sourde.

Le patient reste au lit. La tuméfaction de l'épaule droite, du genou gauche, du testicule augmentent continuellement. Le 13 février, il consulte un médecin qui ordonne l'hospitalisation.

Dans le courant de l'après-midi le malade entre à l'hôpital. L'anamnèse montre, qu'à part ce qui a été constaté, aucunes difficultés de déglutition, ni manifestations morbides du côté de la respiration et du tube digestif n'ont précédé l'apparition de cette maladie.

En dehors de quelques rhagades sur les mains, le malade ne présente aucune sorte de lésions cutanées. Il n'a jamais eu d'infections génitales. Le dernier coït remonte à la première semaine de décembre 1903 ; pas d'écoulement tout de suite après, ni plus tard. Aucune brûlure à la miction.

Antécédents personnels. — Pendant qu'il était à l'école il y a à mentionner une rougeole ; en automne 1903 il a eu une infection des poumons et des reins pendant laquelle il resta couché pendant quatre semaines.

Etat actuel du malade le 14 février 1904. — Malade de taille moyenne, mais très fort. Bon pannicule adipeux ; visage rouge à cause des sueurs profuses ; battements des ailes du nez.

Pouls 84, plein, fort, régulier. Respiration 32. Température 39°3.

Examen de la tête, du cou, du fond de l'œil : normal.

La voûte palatine et l'arrière-gorge sont légèrement rouges. De chaque côté, des ganglions sous-maxillaires légèrement augmentés de volume, durs et indolores.

Thorax : percussion normale.

À l'auscultation, à droite, derrière et en bas on entend des râles humides à demi soufflants.

Cœur : normal.

Rate : non augmentée de volume.

Foie : normal.

Tendance à la constipation.

Prostate normale.

Le testicule et l'épididyme gauche sont ensemble du volume d'un œuf de cane.

L'épididyme est placé au devant du testicule (inversion du testicule de 180°) et forme une masse large et plate. Il est adhérent dans toute son étendue, en avant, à la peau du scrotum. Sa tête entoure le pôle supérieur du testicule. La queue n'empiète que peu sur la partie postérieure du testicule. Tous les deux, particulièrement la queue, sont très augmentés de volume, mais d'une façon régulière, durs et très sensibles à la pression.

Le testicule lui-même a une consistance normale ; il n'est pas sensible à la pression et paraît être de grosseur normale. Le canal déférent est un peu épaissi, de l'épaisseur d'un crayon, et légèrement sensible.

Le testicule et l'épididyme droits sont normaux et en position normale.

Pénis normal.

De tout le trajet légèrement sensible de l'urèthre, on peut faire sourdre un petit peu de pus. La lame, après coloration, montre de nombreux staphylocoques réunis en petit tas, des cellules épithéliales et des filaments muqueux.

Dans l'eau de lavage de l'urèthre antérieur qui macroscopiquement est légèrement trouble et renferme de nombreux filaments, on peut mettre en évidence des leucocytes à plusieurs noyaux, polylobés, des cellules épithéliales et des petits tas de staphylocoques en partie intra-leucocytaires.

L'urine après le lavage de l'urèthre antérieur est trouble et renferme quelques filaments. Au microscope on trouve des cellules épithéliales et des petits amas de staphylocoques. Pas de cylindres, pas de sucre. L'indican est légèrement augmenté. Traces d'albumine.

Etat de la peau : Au milieu du dos du pied gauche, sur la région métatarsienne il y a une infiltration légèrement irrégulière, surélevée, qui, à l'entrée à l'hôpital était très rouge et maintenant est violacée. Au milieu, où la sensibilité à la

pression est nettement circonscrite, on a l'impression d'une petite fluctuation. L'infiltration est de la taille d'une pièce de cinq francs.

En avant, sur la jambe gauche, à trois centimètres au-dessus de la pointe des malléoles on voit une tache régulièrement surélevée, d'abord rouge, maintenant violacée, dont les limites sont effacées. La palpation montre ici une infiltration de la peau et du tissu sous-cutané.

La partie antérieure de la jambe droite présente une petite tache légèrement surélevée, pas très bien limitée, de couleur violacée, avec une infiltration dure où on peut encore plisser la peau. Sur la jambe gauche et l'articulation du pied, sur la jambe droite, sur les régions inguinales et sur le bras droit, on peut voir, sur un fond rouge, quelques petites pustules de dimensions de la moitié d'une bille et centrées par un cheveu.

Sur le dos et la poitrine est disséminé une éruption d'acné.

Au-dessus du genou gauche, on constate une tuméfaction assez marquée qui est très douloureuse à la pression. Cette tuméfaction correspond à la bourse suprapatellaire. La tentative d'extension de la jambe ou d'élévation au-dessus du plan du lit provoque des douleurs. Le choc sur le talon n'est pas douloureux, ni la palpation directe de l'articulation qui est complètement normale. *Bursite suprapatellaire.*

Au point de jonction des os et des cartilages des cinquième et sixième côtes du côté gauche, le malade ressent à la palpation et lors des respirations profondes une douleur vive, comme si on le piquait violemment. La compression latérale du thorax provoque également des douleurs à ces deux endroits.

A l'épaule droite, grosse tuméfaction qui s'étend de l'articulation acromio-claviculaire à la limite supérieure du

tiers moyen du bras, mais elle est particulièrement marquée à la région deltoïdienne et en arrière sous l'épine de l'omoplate où existe une fluctuation évidente. Le périmètre de l'articulation est augmenté de huit centimètres par rapport au côté gauche. La peau y est rouge, brillante, tendue et légèrement œdémateuse. Les mouvements actifs sont impossibles. L'abduction et l'élévation passives sont médiocres. La rotation, par suite de la violente douleur qu'elle provoque n'est pas possible. Le choc sur le coude mais surtout la pression venant de côté sur l'articulation et la pression du creux axillaire sont douloureux. Les os (humérus et omoplate), autant qu'on peut en juger, malgré la grosse tuméfaction et la douleur ne présentent aucune modification.

Abcès sous-deltoidien.

14 février. — Prise de sang et ensemencement. Les cultures sur sérum-agar et sur agar montrent du staphylocoque doré.

La ponction de l'abcès sous-deltoidien donne un pus abondant qui, examiné au microscope après coloration montre de nombreux petits tas de staphylocoques. En culture sur agar et sur sérum-agar : de nombreuses colonies de staphylocoque doré.

15 février. — Excision de l'infiltration cutanée située au-dessus de la malléole, en avant, sur la jambe gauche. Au moment où l'on découpe aseptiquement un morceau pour l'inclure dans la paraffine, on découvre une petite cavité abcédée située sous la peau. Son contenu examiné extemporanément montre des staphylocoques. L'ensemencement sur sérum-agar et sur agar montre du staphylocoque doré en grande quantité.

Le contenu de plusieurs pustules est de même examiné au microscope et ensemencé : ici aussi on trouve du staphylocoque doré.

16 février. — L'abcès de l'épaule droite est ouvert en deux

endroits au thermocautère. Tamponnement. Compresses salicylées chaudes.

La température qui jusqu'ici s'était maintenue entre 37°6 et 39°3 tombe à la normale et reste normale par la suite.

17 février. — *Ponction de l'épididymite du côté gauche* qui donne une petite quantité de sérosité trouble. La préparation montre quelques petits amas de staphylocoques. Les cultures toujours sur agar et sérum-agar montrent le lendemain de nombreuses colonies de staphylocoque doré. Pas de gonocoques.

L'évolution se fait de la façon suivante :

Les infiltrations cutanées diminuent peu à peu, pâlisent et laissent une coloration gris-sale qui disparaît dans le courant de la semaine qui suit.

Le 25 février apparaît encore une petite papule rouge sur l'os naviculaire. Dans le tissu sous-cutané on sent une petite infiltration qui est sensible. Sa résorption est rapide.

Dans les premiers temps apparaissent et disparaissent surtout aux extrémités inférieures, des efflorescences pustuleuses. La bursite suprapatellaire a, le 25 février, complètement rétrocedé. La sensibilité de la cinquième et sixième côte a disparu au cours de la première semaine du séjour à l'hôpital.

L'écoulement de l'urèthre avait déjà disparu le lendemain de l'entrée à l'hôpital.

Le 18 février l'eau de lavage de l'urèthre antérieur présente encore quelques filaments dans lesquels au microscope et après culture on trouve du staphylocoque doré. Egalement, après lavage soigneux de l'urèthre antérieur et après sondage stérile, l'urine venant de la vessie qui se montre macroscopiquement comme tout à fait claire, renferme du staphylocoque doré en cultures.

Le 28 février, il n'y a plus que dans l'urine émise à la

première miction que l'on trouve quelques filaments qui, ensemencés sur agar, montrent des colonies de staphylocoques.

Le 10 mars, il y a encore dans la première urine du matin de petits filaments. Les milieux de cultures ensemencés avec ces filaments restent stériles. La tuméfaction de l'épididyme gauche rétrocede peu à peu. La sensibilité est complètement disparue le 10 mars. Après lavage continué d'une façon tout à fait appliquée de la cavité abcédée de l'épaule droite, la sécrétion purulente cesse. La tuméfaction rétrocede. Dans le creux axillaire on sent des ganglions augmentés de volume et douloureux à la pression. La pression sur la tête de l'humérus n'est pas sensible. Petit à petit le malade exécute des mouvements actifs de l'épaule. En explorant la cavité de l'abcès, le stylet tombe sur l'acromion. La radio montre une nécrose de l'acromion et de la partie avoisinante de l'épine de l'omoplate.

Le 17 mars, le malade est opéré pour libérer les parties osseuses nécrosées.

Le jour de la sortie de l'hôpital, l'épididyme gauche est encore épaissi dans toute son étendue. La peau du scrotum est libre. Dans l'urine, on peut encore voir des petits filaments qui sont stériles en cultures.

Le 16 avril le patient se prête encore une fois à l'examen. A l'endroit où est apparue la dernière infiltration cutanée, au-dessus de l'os naviculaire, la peau présente encore une légère coloration gris-verdâtre. L'épididyme gauche est en totalité encore un peu épaissi. L'urine est claire, sans filaments.

Exception faite de l'ouverture et du lavage de l'abcès de l'épaule, la thérapeutique consista, dans la première semaine, en injections intraveineuses quotidiennes de 3 cc. d'une solution de sublimé à 1 0/100 avec du salicylate de soude à la dose quotidienne de 8 grammes.

Le morceau excisé fut examiné en coupes sériees et spécialement colorées pour les fibres élastiques (orcéine et ensuite bleu de méthylène polychrome) et les cocciis (coloration préalable à l'aluncarmin et coloration au Gram). L'épiderme et les parties superficielles de la peau ne montre aucunes modifications en dehors d'une infiltration leucocytaire de ci de là. Par contre, il y a dans les couches profondes de la peau et le tissu graisseux sous-cutané une grande infiltration, assez profonde dans l'épaisseur, irrégulièrement limitée, avec des zones de suppuration. L'infiltration est formée surtout de polynucléaires. A côté, on trouve des débris de fibres élastiques. La coloration au Gram montre la présence de nombreux petits amas de cocciis dans le foyer d'infiltration. Les vaisseaux, tout particulièrement les veines, présentent des modifications : des thrombi en partie rouges, en partie blancs dans la lumière ; des modifications de la paroi sous forme d'endo, de méso et de périphlébites avec, en partie, destruction des éléments élastiques. Les capillaires, dilatés, regorgent de leucocytes ; autour des vaisseaux artériels des amas de leucocytes ; à un endroit on trouve un thrombus dans un artère. Dans une veine, on trouve après coloration au Gram un petit amas de staphylocoques. Ces modifications vasculaires étaient irrégulièrement distribuées dans les foyers d'infiltration.

Résumé :

Le 4 février, douleur dans l'épaule droite. Tuméfaction (Ostéomyélite de l'acromion avec abcès sous-deltaïdien).

Le 8 février : Apparition d'une tuméfaction au-dessous du genou gauche.

Le 9 février : Brûlures dans l'urèthre lors des mictions. Uréthrite.

Le 10 février : Exanthème sur le dos du pied gauche et la jambe gauche puis sur la jambe droite.

Epididymite gauche.

À l'entrée à l'hôpital légères douleurs au point de jonction des os et des cartilages des cinquième et sixième côtes gauches.

L'examen bactériologique montra partout des cultures pures de staphylocoque doré dans le sang, dans l'urine, dans l'abcès de l'épaule, dans l'épididyme gauche, dans les petites pustules et dans le morceau excisé.

À l'exception de l'abcès de l'épaule qui avait pour origine une ostéomyélite de l'acromion, toutes les métastases staphylococciques rétrocédèrent spontanément et rapidement.

La thérapeutique consistait en repos, diète hydrique avec de l'eau en grande quantité, injections intra veineuses de sublimé, ingestion de salicylate de soude et administration de narcotiques dans les premiers temps et à l'ouverture de l'abcès de l'épaule.

OBSERVATION II

Publiée par M. le Professeur QUÉNU.

Un homme, âgé de 34 ans, charbonnier de son état, ancien ouvrier mineur à Lens, me fut amené dans une voiture le 10 novembre dernier, avec un état général des plus graves, facies pâle, amaigri, yeux caves, langue sèche, fièvre de 40°, tel était le tableau clinique qu'il présentait.

Au niveau de la région sacrée, on découvrit une sorte d'escarre, sans induration périphérique, limitée par un derme rouge, à épiderme exfolié par places.

En interrogeant L..., nous apprenions que sa maladie remontait à moins d'une semaine et que, le vendredi 6 novembre, il avait ressenti les premiers malaises. La veille il s'était couché bien portant et n'avait fait aucun excès ; toutefois dès le 2 novembre déjà, c'est-à-dire quatre jours avant l'explosion des accidents généraux, il s'était aperçu de l'existence de deux petits boutons dans le bas du dos, ce qui n'avait fait que le gêner et ne l'avait pas empêché d'aller à son travail. Le vendredi, malgré son état de lassitude il eut encore le courage d'aller travailler, mais, le samedi 7 novembre, il dut s'aliter, en proie à la fièvre et souffrant beaucoup de ses boutons, qui s'étaient agrandis et réunis.

Un médecin appelé conseilla le transport immédiat à l'hôpital. Lorsque je l'examinai, le 11 novembre, je fus frappé par l'aspect du malade qui était bien celui d'un infecté. Il avait eu 40° la veille au soir ; il avait le 11 au matin, 39°7, les traits altérés, une grande pâleur de la peau. La nuit s'était passée sans sommeil, à cause de l'agitation et

du mal de tête ; le dégoût pour la nourriture était absolu ; pas de vomissements. Nous constatâmes l'existence d'une escarre sacrée, et l'absence d'induration, de tuméfaction dure nous éloigna momentanément de l'hypothèse d'un anthrax. Nous nous demandâmes si nous n'avions pas affaire à une escarre secondaire. mais un examen plus attentif nous montra l'existence de petits cratères au fond desquels il existait du pus bourbillonneux. Au mois de mai dernier L... a eu déjà une éruption de furoncles, notamment sur la fesse droite où l'on voit encore des cicatrices. Aucune autre maladie antérieure. L... est marié et père de trois enfants.

Le 11 novembre, je conseille une incision de l'anthrax, au thermo-cautère sous le chloroforme.

Le soir la température s'élève à 40°9.

Le lendemain 12 la température oscille entre 40° et 40°2, le pouls demeurant peu fréquent à 95. Aspect prostré, délire toute la nuit. On trouve à l'auscultation un léger épanchement aux deux bases ; l'abdomen est rétracté.

Les signes d'une infection générale persistant malgré l'amélioration locale, nous prions M. Joltrain, interne de M. Widal, de venir examiner le malade.

L'état général reste stationnaire. Pas de taches rosées lenticulaires ; séro-réaction négative.

En vue d'éclairer le diagnostic, M. Joltrain examine le pus de l'escarre. Il y trouve du staphylocoque doré en grande abondance. Le 14 novembre, on fait l'ensemencement du sang ; au bout de quarante-huit heures, il se développe un germe qui a tous les caractères du staphylocoque. Les cultures donnent le staphylocoque doré. L'ensemencement, refait le 28 novembre, donne encore du staphylocoque doré. La question ne fait donc pas de doute : nous sommes en présence d'une septicémie staphylococcique.

Du 13 au 15 novembre, l'état tend à s'améliorer : la température descend au-dessous de 39° ; l'état local est égale-

ment en voie d'amélioration ; il y a moins de prostration ; l'amaigrissement est moins rapide et frappant.

Des examens d'urines ont été pratiqués systématiquement tous les jours ; la quantité de chaque jour est largement suffisante ; elle atteint près de 2.000 grammes ; il n'existe ni albumine, ni sucre, pas d'urobiline, pas de pigments biliaires ; la teneur en chlorures est beaucoup moindre qu'à l'état normal (4 gr. 60 en vingt-quatre heures) ; par contre, il existe une hyperazotémie extrême, indice de la destruction énorme de matières albuminoïdes de l'organisme, d'autant que les chiffres de 40,44 et jusqu'à 49,80 d'urée par jour correspondent à une alimentation purement lactée.

Des analyses ont été pratiquées quotidiennement du 18 novembre jusqu'au 15 décembre par M. Lantenois, notre interne en pharmacie. Le 16 novembre, nous en étions donc arrivés à une phase d'amélioration de l'état local et de l'état général quand il se produisit un fait nouveau.

Le malade, qui n'avait jamais été sondé, qui n'avait jamais eu de troubles génito-urinaires pendant son existence qui n'avait jamais eu de blennorragie, se plaignit, le matin, d'une douleur dans le testicule gauche.

A l'examen nous trouvons la bourse enflée et la peau œdématiée et un peu rouge. La tuméfaction porte essentiellement sur la glande testiculaire ; l'épididyme est plus gros qu'à l'état normal, mais reste moins gonflé proportionnellement que le testicule ; il est débordé par le testicule au lieu de l'encadrer comme dans les épидидymites ordinaires. Point capital, sur lequel nous insistons, le cordon n'est ni douloureux, ni tuméfié ; le canal déférent est normal ; l'examen du méat urinaire est négatif, comme celui de la prostate.

En présence de mon collègue M. Widal, je ponctionne la vaginale, qui du reste, paraît ne renfermer que peu ou pas de liquide. Pour cela, une petite zone cutanée ayant été

stérilisée par le thermo cautère, la pointe d'une pipette est enfoncée d'abord dans le tissu sous-cutané ; on retire quelques gouttes de liquide d'œdème, puis, par une deuxième ponction, on pénètre dans la vaginale et on retire un peu de liquide sanglant ; les deux pipettes sont remises à M. Joltrain.

Or,ensemencé, le liquide de l'œdème ne pousse pas ; le liquide sanguinolent donne une belle culture de staphylocoque doré.

Le 19, on refait une analyse du sang et on retrouve encore du staphylocoque doré.

Parallèlement à ces examens du sang et de la vaginale, on s'était livré à l'examen bactériologique des urines et on avait pu se convaincre qu'elles étaient extrêmement riches en staphylocoques dorés. L'inoculation de la culture, faite dans l'oreille d'un lapin, amenait après cinq jours la formation d'un abcès.

Enfin le 20 novembre, on refit une ponction de la vaginale et on retira cette fois du liquide purulent plein de staphylocoques dorés.

A partir du 26 novembre, la tuméfaction testiculaire commence à s'amender ; le côté droit continue à demeurer indemne ; mais tandis que la tuméfaction orchio-épididymaire régresse, le cordon se tuméfie.

Depuis le 20, les urines sont devenues purulentes ; la plaie sacrée est en bonne voie de réparation ; elle ne peut expliquer la fièvre persistante, les frissons, les crampes musculaires des membres inférieurs, tous phénomènes ressortissant évidemment à l'infection générale. A partir du 28 novembre, je fais pratiquer des injections intra veineuses d'électrargol (10 cc. tous les deux jours) pendant quelques jours. La tuméfaction testiculaire diminue, la peau n'est plus rouge, ni luisante ; la funiculite persiste.

Le 3 décembre, la tuméfaction testiculaire reparaît, le 9 la

R, E, Bouillé

fluctuation est constatée. On incise le 11 ; il sort du pus crémeux jaune verdâtre venant de la vaginale. A l'examen, staphylocoque doré. A partir du 5 décembre, la température reste normale pendant cinq ou six jours avec de petites remontées passagères ; à signaler un peu d'infection pleuropulmonaire se traduisant par quelques frottements à la base droite et un peu de souffle.

Malgré cet incident, l'amélioration n'a cessé de s'accuser, l'appétit est excellent, le sommeil est bon.

La plaie scrotale est complètement cicatrisée le 31 décembre. Le testicule et l'épididyme sont à peine plus gros qu'à l'état normal ; aucune atrophie.

Le 7 janvier, le malade se lève ; le 12 il sort dans le jardin. La plaie sacrée a encore l'étendue d'une pièce de cinq francs. Il ne persiste plus qu'un peu de faiblesse. Le facies s'est transformé, coloré et rempli.

Le 19 mars, le malade a engraisé de 16 kilogrammes.

Les urines sont absolument claires.

Le 16 janvier, le poids est 51 kg. 200,

le 30 janvier, de 56 kg. 200,

le 6 février de 59 kilogrammes,

le 16 mars, de 67 kg. 300.

*
* *

Cette histoire peut se résumer en quelques lignes. Voilà un homme jeune, sans tare d'aucune sorte, non tuberculeux, non glycosurique, sans passé génito-urinaire, qui, au cours d'une septicémie staphylococcique, présente brusquement les signes d'une orchio-épididymite avec un peu de vaginalite. Les examens de laboratoire nous montrent dans le liquide de la vaginale le même microbe que dans le sang et le même microbe que dans le pus de l'anthrax qui a été le point de départ de cette histoire pathologique. Il s'agit

donc bien d'une orchite-épididymite à staphylocoque développée au cours d'une staphylococcie.

L'infection de l'appareil testiculaire a porté sur l'ensemble de cet appareil, le testicule et l'épididyme ont été tous deux intéressés ; néanmoins le gonflement de la glande a toujours été prédominant et, d'autre part, ce qu'il nous est possible d'affirmer, c'est que la tuméfaction du cordon a été secondaire et n'est apparue que plusieurs jours après l'orchite. L'épanchement dans la tunique vaginale a été très peu abondant ; séro-sanguinolent au début, mais déjà fertile, il est devenu ensuite purulent et a dû être évacué.

Le testicule et l'épididyme ont échappé à la suppuration et actuellement leur apparence est normale : nous ne pouvons dire ce qu'ils valent au point de vue de la fonction.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CHEVASSU
(in thèse CH. MÖTZ)

M. X..., 32 ans, a présenté en juillet 1920, un anthrax peu après qu'une des ses sœurs avait fait une éruption de furoncles. Il est soigné par des injections d'auto-vaccin anti-staphylococcique et guérit rapidement.

Le 16 septembre, il est pris brusquement dans l'après-midi d'envies d'uriner impérieuses et douloureuses ; les mictions deviennent très fréquentes, les douleurs terminales deviennent très vives, des hématuries terminales apparaissent ; l'ensemble des urines est trouble. Température à 39°.

Pendant plusieurs jours les mêmes phénomènes persistent. Le diagnostic porté est celui de cystite blennorragique ; bien que le malade parut avoir été complètement guéri d'une blennorragie qu'il avait eue l'année précédente.

Le diagnostic de blennorragie semble se confirmer les jours suivants, où l'on voit apparaître successivement une prostatite, une épидidymite gauche, voire un très léger suintement urétral.

Mais un examen bactériologique des urines, fait le 23 septembre n'y montre aucun gonocoque. Les urines, contenant du pus abondant, ne contenaient pas d'autres microbes que de nombreux amas de staphylocoques. Pas de cylindres.

Très rapidement, les accidents locaux s'amendent mais la température reste anormale autour de 38°.

A partir du 6 octobre, la température se met à monter

progressivement en même temps qu'apparaissent des douleurs dans la région lombaire gauche. Le 10 octobre, la température atteint 39° le soir, et l'on pense à la possibilité d'un phlegmon périnéphrétique : les douleurs lombaires gauches augmentent et un empâtement apparaît dans la région du rein gauche.

On pratique le 15 octobre une hémoculture, qui est négative et un nouvel examen histo-bactériologique des urines qui sont maintenant à peine louches. Il montre de peu nombreux leucocytes, non conglomérés, quelques bacilles du type coli et des staphylocoques en petit nombre.

Les douleurs continuent à augmenter, l'état général s'altère, la température se maintient autour de 39°. C'est dans ces conditions que le Docteur Chevassu est appelé à voir le malade, le 14 octobre, pour décider d'une intervention à faire sur phlegmon périnéphrétique.

Il trouve un fébricitant amaigri, fatigué, qui présente dans la région rénale gauche, une masse empâtée qui est incontestablement constituée par le rein. Mais, tandis que le rein droit, perceptible, est mobile et indolore, le gauche est très douloureux et immobile. Diminution de vibrations thoraciques à la base gauche.

Pas d'écoulement urétral. — Urines parfaitement limpides. Il persiste un léger noyau d'épididymite chronique à gauche. La prostate a repris un aspect normal.

Le diagnostic de périnéphrite apparemment développé aux dépens d'un foyer rénal cortical à staphylocoque, est porté de façon très ferme. L'histoire du malade est limpide : on ne peut voir exemple plus typique d'une staphylococcémie passagère, ayant abouti à une décharge de staphylocoque dans l'appareil urinaire, ayant inoculé vessie, prostate, urètre et épидидyme et s'étant finalement cantonné dans la zone corticale du rein pour infecter l'astmosphère périrénale. Une analyse des urines limpides, prélevées ce jour-là, y montre de rares leucocytes, et seulement quelques ba-

cilles du type coli. Pas de staphylocoques. On peut donc considérer la décharge de staphylocoques, dans les voies excrétrices du rein comme terminée. Tout reste cantonné dans la zone corticale du rein gauche et autour de celui-ci.

Le Docteur Chevassu ne fut pas d'avis d'opérer, au moins immédiatement. L'histoire du malade était tellement typique qu'il demande que l'on essayât d'abord l'action du vaccin antistaphylococcique. Comme il n'existait plus de souche permettant de faire un auto-vacin, on fit des injections de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur.

Pendant quatre jours, on avait fait une injection quotidienne de 10 cc. d'électrargol. La première injection de vaccin fut pratiquée le 16 octobre : les vaccinations suivantes furent pratiquées régulièrement tous les deux jours. Le vaccin ne provoque pas de grosse réaction. L'état général s'améliore très vite, de même que les douleurs et que l'empâtement rénal. La température baissa plus lentement. Ce n'est que le 24 octobre qu'elle tomba le soir au-dessous de 38, encore atteignit-elle 38 le soir à plusieurs reprises par la suite. Tout put être considéré comme terminé au début de la deuxième quinzaine de novembre.

Par la suite, le malade n'a plus eu aucune manifestation pathologique. Il s'est marié, a eu deux enfants, et était parfaitement bien portant le 12 novembre 1923.

OBSERVATION IV

Publiée par J. DUMONT et H. TISSIER

Le 9 janvier 1918, on amenait à l'ambulance de Sapi-court, dans le service de l'un de nous, un malade de 23 ans qui semblait atteint de fièvre typhoïde. Malade depuis quelques jours, d'une façon progressive, il se plaignait de céphalée, d'anorexie avec vomissements, sa température atteignait 40°, ses urines étaient albumineuses. Malgré qu'il n'eut ni taches rosées, ni splénomégalie, l'infection eberthienne paraissait évidente, et c'est à notre grande surprise qu'une hémoculture, faite le 13 janvier, décelait à l'état pur un staphylocoque doré. En l'absence de blessures récentes, d'ostéomyélite, nous pensâmes immédiatement à la possibilité d'une endocardite aiguë dont il restait à déterminer la porte d'entrée. L'interrogatoire nous permit immédiatement de la découvrir : ce soldat, parti en permission le 17 décembre avec un léger furoncle de la fesse, l'avait ouvert le 21 au moyen d'une épingle. L'évolution en avait été si rapide et si bénigne, ne laissant plus aujourd'hui qu'une minime cicatrice pigmentée, que le malade n'avait pas cru devoir attirer notre attention sur un fait aussi banal, dont la culture du sang démontrait cependant l'importance. Toutefois pour nous mettre à l'abri de toute cause d'erreur, nous refîmes le 15 janvier une nouvelle hémoculture avec une asepsie tout à fait rigoureuse : à son tour, elle nous permit d'isoler le même staphylocoque, liquéfiant la gélatine, coagulant le lait, faisant fermenter la plupart des sucres.

L'évolution de la maladie justifia d'ailleurs la gravité

du pronostic que comportait une telle constatation. Dès le 13 janvier, les bruits du cœur s'assourdisaient, quelques douleurs rhumatoïdes se localisaient au niveau des genoux. Le 16 janvier apparaissaient un gros frottement péricardique et un foyer pleuro-pneumonique gauche dont la ponction permettait de retirer facilement un liquide hémorragique, aseptique à la culture, contenant 90 pour 100 de polynucléaires. Le 19 janvier, un nouveau foyer broncho-pneumonique se déclarait à droite, et pour la première fois le malade crachait une expectoration muco-purulente très riche en staphylocoque.

Sous l'influence de la vaccination autogène, de la médication stannique, d'abcès de fixation, la fièvre tomba peu à peu de 40 à 38° ; mais le 29 janvier le malade s'éteignait dans l'asthénie après une vingtaine de jours de maladie.

Au milieu de ces multiples manifestations cardio-pulmonaires avaient évolué des accidents génito-urinaires plus particuliers. Brusquement le 14 janvier, le malade se plaignait à vingt et une heures, de son testicule droit. L'examen du scrotum révélait une douleur au pôle inférieur de l'épididyme. Par ailleurs, l'urètre était normal et le malade n'avouait aucune blennorragie antérieure. Le lendemain les phénomènes s'étaient amendés mais les urines un peu troubles contenaient du pus et du staphylocoque en quantité. Le 16 janvier, le scrotum s'œdématisait, l'épididyme se gonflait à son pôle inférieur. Jusqu'au 23 janvier, à part une pyurie modérée, l'état resta stationnaire ; la tuméfaction occupant le pôle inférieur du testicule avait le volume d'une noisette, empâtée mais non fluctuante, semblant vouloir se terminer par la résolution.

À l'autopsie, le canal déférent droit était normal de couleur et de volume, sans contenu purulent ; il venait se perdre dans une tuméfaction du tissu cellulaire du scrotum où se fusionnait la queue de l'épididyme. La coupe de celle-ci montrait un abcès central du volume d'un pois à contenu

purulent jaune et visqueux, limité très exactement par l'albuginée épидидymaire. Le corps de l'épididyme était congestif ; par contre, le testicule droit, la vaginale, la prostate et les vésicules séminales étaient à l'état naturel.

Si le rein gauche paraissait sain, le rein droit était farci dans sa corticalité de plusieurs abcès, son bassinnet était rougeâtre, contenant une urine trouble.

On notait enfin une péricardite séro-fibrineuse, une endocardite végétante de la grande valve mitrale, avec abcès de la cloison interventriculaire ouvert dans les cavités droites, des infarctus suppurés dans les deux poumons.

Dans ces lésions, on décela à l'état pur un staphylocoque doré typique analogue à celui du sang. Fait particulier, il était agglutiné à 1 pour 1.000 par le liquide pleural et le sérum sanguin, alors que les sérums normaux ne l'agglutinaient pas au delà de 1 pour 10 (méthode macroscopique en vingt heures).

En résumé, au cours d'une staphylococcémie consécutive à un furoncle banal, nous avons vu survenir des accidents pulmonaires consécutifs à l'ouverture dans les cavités droites d'un abcès du cœur. Nous avons assisté d'autre part à des localisations génito-urinaires droites ayant pour point de départ une endocardite végétante du cœur gauche. La localisation génitale fut un abcès de la queue de l'épididyme respectant le testicule. Bien qu'elle ait été accompagnée et suivie de pyurie, nous croyons pouvoir affirmer son origine embolique. Son début brusque, l'absence de toute lésion du canal déférent, des vésicules séminales et de la prostate sont des arguments de toute première valeur en faveur de l'origine vasculaire de cette épидидymite.

OBSERVATION V (*personnelle*).

Le 26 février 1932, M. P., 50 ans, photographe, vient à la consultation de chirurgie de l'Hôpital Saint-Antoine pour un phlegmon de la main gauche.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels, on ne relève rien de particulier. A noter seulement que le malade est très surmené par son travail.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Vers la mi-février, au cours de son travail, le malade se fait au pouce gauche une petite plaie, avec un instrument malpropre. Il néglige sa blessure et quelques jours après apparaît un phlegmon qui est extrêmement douloureux et qui s'accompagne de température : 40° le 25 février au soir, 38°5 le 26 février au matin. Il s'agit d'un phlegmon diffus, sous-cutané, de l'éminence thénar et de l'espace thénaro-interosseux, sans phlegmon des gaines.

On incise sur le champ et on commence un traitement par le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, à raison d'une injection sous-cutanée tous les deux jours.

Deux ou trois jours après cette intervention et une fois le phlegmon complètement drainé, le malade commence à souffrir de sa cuisse gauche. Cette douleur siège au niveau du tiers moyen ; elle est continue et sourde, calmée par le décubitus, exagérée par la marche qui, bientôt d'ailleurs, devient difficile. On note un état fébrile qui atteint 39° le 29 au soir. Et bientôt se développe une tuméfaction au siège de la douleur. L'état général est mauvais : amaigris-

sement notable, anorexie, asthénie et insomnie. La température s'élève à 40° le 2 mars.

Le 3 mars, le malade vient à la consultation, on constate qu'au niveau de la partie moyenne de la région antéro-externe de la cuisse gauche il existe une assez grosse tuméfaction. Les téguments sont rouges. A la palpation on remarque que cette tuméfaction est chaude, fluctuante, douloureuse à la pression. Il s'agit d'un abcès sous-cutané et l'on pense à une localisation infectieuse secondaire au phlegmon du puce. On incise. Le pus est recueilli d'une façon aseptique et les milieux de cultureensemencés montrent de nombreuses colonies de staphylocoque doré à l'état pur.

Les jours suivants, la plaie se répare facilement et la température tend vers la normale.

Le 5 mars, le malade constate que ses urines sont troubles. Son médecin, en ville, lui fait alors prendre de l'uroformine à raison de trois cachets de 0 gr. 50 chaque par jour.

Le lendemain apparaît une douleur spontanée dans la région inguinale et testiculaire droite, douleur qui devient bientôt extrêmement vive et s'irradie vers la fosse iliaque droite et la région lombaire. Cette douleur s'accompagne de tuméfaction et rougeur de la bourse correspondante. Pas de troubles de la miction, pas d'écoulement urétral. Le médecin fait enduire la bourse d'une pommade au collargol et ordonne le port d'un suspensoir.

Le 9 mars, devant l'intensité des signes fonctionnels le malade revient à la consultation.

La partie droite du scrotum est augmentée de volume et rouge. Le palper, difficile par suite de la douleur, montre au niveau de la queue de l'épididyme une tuméfaction fluctuante, de la grosseur d'une petite noix, et qui est adhérente à la peau du scrotum. Le reste de l'épididyme est régulièrement augmenté de volume, sans bosselures ; il

semble s'agir surtout, à ce niveau, d'une infiltration inflammatoire péri-épididymaire. Le testicule paraît sain. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale.

Le déférent est gros, dur, rigide, extrêmement douloureux.

Testicule, épидидyme et déférent gauches sont absolument normaux.

Pas d'écoulement urétral.

Au toucher rectal, la prostate paraît normale. Les urines sont toujours troubles mais la palpation des reins ne montre rien de particulier.

Le malade n'avoue aucune blennorragie antérieure, ni autres maladies vénériennes. On fait le diagnostic de déférento-épididymite droite, de nature staphylococcique probable, secondaire aux autres localisations et l'on décide d'intervenir.

Intervention (Dr. J. Braine) : incision de la tuméfaction de la queue de l'épididyme, en évitant le testicule et la vaginale. On enfonce une pipette stérile et par aspiration on retire un pus crémeux, verdâtre qui, à la culture, montre de nombreuses colonies de staphylocoque doré à l'état pur.

Les suites opératoires sont normales. La plaie guérit facilement en huit jours, sans laisser de fistule, la température étant revenue à la normale.

Il n'y a pas eu depuis d'autres manifestations staphylococciques.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des orchi-épididymites aiguës, est encore entourée de bien des obscurités malgré la fréquence des infections testiculaires et la facilité des recherches expérimentales auxquelles elles se prêtent.

Si au cours d'un cathétérisme chez un rétréci ou un infecté, on trouve dans le liquide de la vaginale des microbes de la suppuration, il est facile de conclure que le cathétérisme les a apportés et a été la cause de la complication.

Mais s'il n'y a pas eu d'urétrite précédant la complication testiculaire ou s'il n'y a jamais eu d'inflammation urétrale dont on pourra invoquer le réveil, force nous est d'invoquer un autre mode d'infection.

Plusieurs théories doivent prendre place dans la discussion.

Dans les observations que nous avons citées plus haut on a eu primitivement affaire à une septicémie ; à plusieurs reprises la présence du staphylocoque a été nettement constatée dans le sang. Or on sait que, parmi les moyens de lutte de l'organisme contre les bacillémies, un des plus habituels est l'élimination des microbes par les glandes ; le foie et le rein sont les émonctoires principaux, aussi sont-

ils fréquemment touchés dans les infections générales. Mais le foie et le rein ne sont pas les seules voies d'élimination : les glandes salivaires, la thyroïde, le testicule, etc., peuvent recevoir, bien que plus rarement, par la voie sanguine, les décharges microbiennes. C'est ainsi que Colombini a signalé dans un cas d'infection blennorragique l'existence d'une parotidite suppurée. Le gonocoque fut isolé à l'état de pureté du pus parotidien, en même temps qu'il fut trouvé par deux fois dans le sang au cours de la maladie.

Quant au testicule, il est assez souvent affecté au cours des maladies générales. On a signalé exceptionnellement l'orchite dans la scarlatine, dans la grippe, la pneumonie, etc., les infections par le bacille de Friedlander, l'erysipèle, la mélitococcie et la méningococcie, moins rarement dans la fièvre typhoïde.

Mais deux maladies infectieuses ont surtout la spécialité de l'orchite : ce sont les oreillons et la variole. On ne peut même pas considérer l'orchite comme une complication de la maladie ourlienne, elle en est une localisation au même titre que la parotidite. Quant à la variole, elle ne laisserait le testicule intact qu'une fois sur dix, au moins dans les formes graves. C'est ainsi que, sur 55 testicules de varioleux morts dans le service du professeur Roger, durant l'épidémie de 1901-1902, le testicule fut touché 48 fois.

Pour la maladie ourlienne, comme pour la variole, nous en sommes réduits à des constatations cliniques ou anatomiques, mais dans la fièvre typhoïde il a été possible de montrer que la complication testi-

culaire peut avoir pour agent l'agent même de la maladie, c'est-à-dire le bacille d'Eberth.

Enfin, en dehors de ces maladies, des affections banales, telle qu'une angine, une amygdalite ont été suivies d'orché-épididymite. Nous savons que les angines ne sont pas de simples inflammations locales avec réaction générale, mais de véritables septicémies dont l'agent pathogène, variable, est souvent le streptocoque. Les angines ne sont donc habituellement que des streptococcies, l'amygdalite et l'orchite étant l'expression d'un même état général et l'on a même cité des observations où les accidents de la glande séminale avaient précédé ceux de l'amygdale.

Ainsi de cette revue rapide, il résulte qu'il est possible d'observer l'inflammation du testicule dans la plupart des septicémies à agents connus ou inconnus (variole, oreillons, etc).

Bien plus, un certain nombre d'orchites observées au cours de la blennorrhagie ne seraient elles-mêmes que le résultat d'une septicémie gonococcique et non celui d'une propagation locale. Lemierre a réuni 32 cas d'épididymites consécutives à une blennorrhagie qui s'accompagnaient d'une bactériémie temporaire. L'infection de l'épididyme par la voie artérielle est donc possible. Elle a été également démontrée par Petrono, Rendu et Hallé, etc., qui ont trouvé dans le sang, du gonocoque pouvant causer des lésions en des points éloignés de la porte d'entrée urétrale ou vaginale (septicémie, endocardite, etc.).

En résumé, les septicémies ourliennes, varioliques,

éberthiennes, streptococciques, etc., et même gonococciques sont susceptibles de donner lieu à des déterminations testiculaires, à des orchites ou à des orchididymites.

Les orchites qui se développent au cours d'infections générales peuvent donc être considérées comme une localisation glandulaire d'une septicémie, et l'on peut également admettre que, dans les staphylococcémies, l'infection du testicule ou de l'épididyme est directe, soit parce qu'une embolie microbienne s'y est arrêtée, soit parce que la glande génitale fonctionne comme le rein ou le foie à la façon d'un appareil éliminateur.

Mais malgré tout ce que cette théorie a de séduisant par ce fait qu'elle rentre dans le cadre général, nous nous demandons, sans nier la possibilité dans quelques faits d'une semblable pathogénie si, dans la plupart des cas, la voie d'abord n'est pas tout autre.

En effet, il semble que les orchites qui surviennent au cours des maladies générales soient précédées bien souvent d'une bactériurie importante permettant d'invoquer une infection du col de la vessie ou de l'urètre postérieur à la base de leur origine. M. Faroy, dans une série de communications, a montré la fréquence de ces localisations urinaires au cours des orchites dites septicémiques survenant à la convalescence des infections typhiques ou colibacillaires. Baron et Dumont ont également rapporté un exemple remarquable au cours d'une méningo-

coccémie où l'infection testiculaire fut précédée d'une urétrite méningococcique.

De même, en ce qui nous concerne, si l'on considère l'orchépididymite staphylococcique comme étant le résultat d'une métastase au cours d'une septicémie, il faut remarquer que, le plus souvent, cette métastase n'est pas unique. L'atteinte unique du testicule et de l'épididyme est exceptionnelle. Elle est précédée la plupart du temps d'une pyélonéphrite à staphylocoques, ou au moins d'une staphylococcurie.

Donc si la voie sanguine est possible, elle reste exceptionnelle ou du moins très difficile à prouver. Il nous faudrait une hémoculture positive pour le staphylocoque et une localisation testiculo-épididymaire de même nature et sans bactériurie puisque dans ce cas on pourrait envisager la possibilité de l'infection par l'urine infectée.

Nous croyons peu à l'infection de l'épididyme par la voie artérielle, lorsque l'épididyme est seul atteint. On ne s'expliquerait guère si l'infection sanguine de l'épididyme, au cours d'une staphylococcémie, était démontrée, cette prédisposition spéciale à infecter une partie de la glande séminale à l'exclusion de tout autre organe, et surtout du testicule.

Lorsqu'une localisation génitale survient au cours d'une maladie générale, et qu'on lui reconnaît une origine vasculaire, septicémique, le testicule est alors atteint seul ou d'une façon prépondérante. Les orchites des oreillons, de la variole en sont les exemples bien connus.

Au contraire on admet que l'orchite qui survient au cours d'une infection des voies urinaires inférieures est d'origine déférentielle, qu'elle se localise alors à l'épididyme, laissant intacte la glande séminale : l'orchite de la blennorragie, l'orchite par sondage en sont des exemples classiques.

Or on connaît le rôle primordial du rein comme émonctoire éliminant les microbes, et aussi la prédilection marquée qu'affecte le staphylocoque pour le rein. Le staphylocoque entre dans le sang, à point de départ d'un abcès, d'un furoncle, d'un anthrax, d'une infection d'allure grippale, d'une amygdalite, et de là dans les vaisseaux rénaux. Il s'élimine par le parenchyme rénal et y détermine, lorsque les conditions sont favorables, des abcès : les artérioles de l'écorce rénale sont bouchées par les staphylocoques, autour d'elles s'amassent des leucocytes, il se produit des embolies bactériennes, des infarctus purulents, des abcès miliaires.

Mais dans les conditions habituelles et normales, si le nombre des microbes est relativement faible, si leur virulence est atténuée, si le rein est sain, leur passage à travers cet organe ne produit aucune lésion. D'après Braasch, sur dix malades atteints de furunculose évoluant sans complications, huit éliminent du staphylocoque par les urines. C'est dire que dans ces huit cas les microbes n'ont pas trouvé de conditions favorables à leur développement dans le rein. Ceci explique d'ailleurs la proportion relativement faible d'abcès du rein par rapport à la mul-

titude d'infections à staphylocoques si banales et si fréquentes.

Donc, au degré le plus léger de leur virulence, les staphylocoques ne déterminent qu'une simple bactériurie sans complications rénales.

L'urine, chargée de germes pathogènes, balayant le col de la vessie et l'urètre postérieur peut déterminer une infection qui est transmise alors par la voie déférentielle à l'épididyme. Cette hypothèse est d'autant plus possible que, dans la majorité des cas, il y a des signes cliniques d'irritation de l'urètre postérieur.

Comment se transmet alors l'infection de l'urètre postérieur à l'épididyme ?

L'infection peut se faire par voie canaliculaire, par continuité du tissu muqueux urétral avec les canaux éjaculateurs, le déférent, l'épididyme. C'est la voie classique pour l'épididymite blennorragique ou post-blennorragique, ainsi que pour l'épididymite bacillaire.

Pour H. C. Rollnick, de Chicago, le microbe ne serait pas charrié le long de la muqueuse du déférent par simple continuité du processus, comme de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur. La lumière du déférent serait la voie normale de l'infection. Voici quel serait le mécanisme de l'épididymite (Analyse de M. Saint-Cène) :

« Le déférent, quand il reçoit une excitation, subit de véritables mouvements péristaltiques de l'épididyme à l'urètre postérieur. Ce péristaltisme est cer-

tain pendant le coït. L'action péristaltique du déférent a été démontrée par Fick en 1856 et récemment par Waddel et Macht. Lommel a montré que l'excitation du nerf hypogastrique ou l'irritation du véru produirait un péristaltisme actif du déférent à l'urètre. Mais aucun expérimentateur n'a montré le péristaltisme en sens inverse et sur ce point l'affirmation de Low, Oppenheim et Schelder n'a pas été confirmée.

Il a été montré pourtant que quand un liquide est injecté dans le déférent et que celui-ci reçoit une excitation, le liquide progresse peu à peu vers l'épididyme où il pénètre facilement et c'est ainsi que l'on peut expliquer le développement de l'épididymite.

Lommel note que les microbes ne passent jamais le conduit éjaculateur quand le véru montanum est normal, mais que le fait a lieu au cas de lésions inflammatoires du véru.

La discussion porte surtout sur le mécanisme de l'extension du processus une fois qu'il a atteint la queue de l'épididyme. Or il est un fait que d'autres auteurs ont noté sans y attacher une importance clinique particulière : c'est à savoir qu'en injectant le liquide par le déférent, il est impossible de le pousser plus loin que la queue de l'épididyme.

L'A. entre dans les détails anatomiques qui expliquent cette particularité.

Il faut donc recourir à une autre théorie pour expliquer le mécanisme du développement d'une

épididymite secondaire à l'infection de l'urètre postérieur et des vésicules séminales.

Par suite du gonflement du véru au cours de l'urétrite postérieure, les microbes peuvent pénétrer dans le canal éjaculateur. Normalement, le sphincter du conduit éjaculateur est dans un état de contraction tonique, mais lorsqu'il est enflammé, les microbes peuvent le franchir. Il en résulte de l'œdème ou de l'occlusion partielle du conduit.

La vésicule séminale infectée ne peut ainsi se drainer et finalement les microbes et le pus de la vésicule refluent dans l'épididyme par suite de contractions péristaltiques actives du déférent. L'augmentation de tension du déférent explique la douleur qui précède immédiatement l'épididymite. Bien qu'il n'y en ait pas de preuve directe, il est probable que les microbes sont bloqués dans leur cheminement au travers du canal de l'épididyme, quand ils arrivent au niveau de la queue, de la même façon qu'expérimentalement le sont les liquides injectés dans le canal, si bien que l'extension du processus au reste de l'épididyme est plutôt une extension péritubulaire et non intratubulaire, donnant lieu plutôt à une péri-épididymite qu'à une épididymite vraie de la tête et de la queue.

Ainsi s'expliquerait la rareté de l'orchi-épididymite : la différence de structure de l'albuginée et de la vaginale explique la préservation relative du testicule. »

En résumé, l'infection par voie canaliculaire pourrait se faire soit par la continuité du tissu muqueux

urétral avec les canaux éjaculateurs, le déférent, l'épididyme, soit par la lumière du déférent.

Enfin nous pouvons joindre à l'infection par voie canaliculaire une autre explication basée sur l'infection par les lymphatiques, et c'est à ce mode d'infection, défendue surtout par Lavenant que nous donnerons notre préférence. Il ne s'agit pas de la propagation par la voie des troncs lymphatiques, ce qui est invraisemblable, l'infection se faisant dans ce cas en sens contraire au cours de la lymphe, et les troncs lymphatiques de l'urètre et de l'épididyme se rendant à des ganglions distincts.

Mais le réseau lymphatique sous-muqueux de l'urètre communique largement avec celui du canal déférent et par conséquent, celui de l'épididyme. On peut donc admettre qu'une inflammation urétrale puisse se propager ainsi. « Au cours de la blennorragie, les microbes ne pénètrent-ils pas au delà de l'épithélium formant de petits amas dans le tissu conjonctif, quoi donc d'étonnant alors à ce qu'il se produise une lymphangite réticulaire qui expliquerait ainsi la rapidité de l'inflammation épididymaire et quelquefois l'intégrité de l'épithélium du canal déférent. Secondairement, l'inflammation épididymaire pourra s'accompagner d'une lymphangite tronculaire.

Et c'est pourquoi il semblera que les lésions funiculaires succèdent à la lésion épididymaire et pourquoi aussi les lésions de l'épididyme dominent au niveau de la queue puisque c'est au voisinage de cette

dernière que convergent la plupart des vaisseaux lymphatiques de l'épididyme » (Lavenant).

Nous voici donc en présence d'une pathogénie mixte : l'infection du rein par le sang donnant lieu à une pyélo-néphrite ou du moins à une staphylococcurie ; puis l'urine bactérienne balayant l'urètre postérieur, l'infecte : affection descendante à point de départ rénal. Cette infection est transmise alors à l'épididyme, soit par voie canaliculaire, soit par voie lymphatique.

Enfin on connaît la fréquence des métastases staphylococciques au niveau de la prostate et des vésicules séminales, il est donc possible que de ce foyer initial le staphylocoque puisse être transporté au testicule par voie déférentielle ; nous n'en avons pas actuellement la preuve et il y a peut-être quelques recherches à faire dans ce sens. Ce serait une voie d'infection prostatoséminale.

Si nous considérons les observations que nous avons recueillies, on voit que seul le cas de M. Quénu est probablement d'origine sanguine : en effet, la purulence des urines n'est apparue que postérieurement à l'orchite, il n'y a jamais eu à aucun moment de symptômes d'urétrite autres que la purulence des urines, qui pouvait bien venir de plus haut et il est difficile de ne pas considérer le testicule comme étant l'organe primitivement atteint quand on voit le gonflement débiter par lui, y prédominer et ne gagner le canal déférent que plusieurs jours après.

Mais en ce qui concerne le cas de MM. Dumont et

Tissier, et le nôtre, il paraît difficile d'admettre cette théorie, étant donné que l'épididyme fut seul atteint et que cette inflammation, épididymaire fut accompagnée d'une phase de pyurie. Il semble bien qu'on ait eu affaire ici à une pathogénie mixte, avec infection descendante rénale et propagation à l'épididyme par voie déférentielle.

Le cas de von Biland est plus intéressant. Il s'agissait ostensiblement d'une staphylococcémie avec localisations à l'acromion, à la peau, à la bourse suprapatellaire, et comme grande rareté, à l'urètre. Il n'a pas été possible de trouver la porte d'entrée de cette infection générale : seulement quelques rhagades aux mains qui pouvaient à peine expliquer l'origine de cette infection générale.

Il faut naturellement se demander si la porte d'entrée ne fut pas constituée par l'urètre qui présentait les signes d'une inflammation aiguë et dans la sécrétion de laquelle on avait découvert du staphylocoque doré.

Indubitablement, le staphylocoque existe à l'état normal dans l'urètre. Pfeiffer l'a observé dans 20,8 % des urèthes examinés. Jungano, de Naples, déclare avoir trouvé neuf fois sur dix du staphylocoque dans les sécrétions uréthrales. Normalement ces staphylocoques se conduisent comme des saprophytes inoffensifs. Il est difficile de trancher sous quelles influences ils peuvent devenir pathogènes. Mais il est à peu près certain que les staphylocoques introduits de l'extérieur dans l'urètre peuvent déterminer

une urétrite. Le plus souvent cela arrive à la suite d'interventions instrumentales sur des urètres qui ne sont pas normales. Au sujet des urétrites à staphylocoques par contagion sexuelles nous ne savons que très peu de choses. Si nous faisons abstraction de la blennorragie, et des urétrites chroniques où l'existence du staphylocoque est fréquente, — et pour sa part Le Fur l'a constaté dans plus d'un tiers des cas sur un relevé concernant ses analyses de laboratoire de l'année 1921 seulement, — il ne reste à notre connaissance que le cas de Malherbe dans lequel une urétrite à staphylocoque blanc se déclara chez un homme qui avait subi une caresse buccale de la part de sa femme, atteinte de stomatite aphteuse ; cette urétrite guérit spontanément en cinq semaines. Chez le malade de von Biland, il ne semble pas, d'après ses déclarations, qu'il y ait eu possibilité de contagion ; de plus, dans les deux derniers mois qui ont précédé le début de la maladie, il n'y a pas eu d'intervention instrumentale. On peut également éliminer la possibilité d'une urétrite post-gonococcique, non seulement à cause de l'anamnèse mais aussi à cause de l'évolution et de la guérison spontanée très rapide et complète de l'inflammation de l'urètre. Enfin les manifestations subjectives de l'inflammation de l'urètre apparurent seulement après l'abcès à staphylocoques de l'acromion. Tout cela prêche contre l'hypothèse d'une urétrite primitive à staphylocoques. A ce sujet, il faut cependant remarquer que les staphylococcémies ayant pour point de départ l'urètre,

ne sont pas rares du tout. M. Legueu en a cité quelques cas, mais il s'agissait d'affection pyohémique se rattachant à un cathétérisme.

Nous arrivons donc à la conclusion que l'urétrite à staphylocoques constatée chez le malade de von Biland a eu très vraisemblablement une origine non pas exogène, mais endogène. Il y a, à ce sujet, les possibilités suivantes :

1^o Les staphylocoques sont arrivés par la circulation :

- a) Dans la paroi urétrale ;
- b) Dans l'épididyme et de celle-ci dans l'urètre ;
- c) Dans la prostate et de celle-ci dans l'urètre d'un côté, et dans l'épididyme de l'autre.

2^o La muqueuse de l'urètre a été infectée par des staphylocoques expulsés dans l'urine ; l'infection se serait ensuite propagée à l'épididyme.

En ce qui concerne la première possibilité, on a vu dans l'observation que von Biland n'avait pu établir solidement une maladie de la prostate, celle-ci étant normale. De plus l'urétrite a précédé l'épididymite.

L'infection était-elle donc due à l'inoculation directe, septicémique, de l'urètre ou à une infection descendante d'origine urinaire ?

Que des microbes arrivent dans la paroi urétrale par voie sanguine, certainement on ne peut pas le contester, mais qu'ils puissent faire naître sur cette paroi un catarrhe diffus — à la place d'un abcès isolé — là-dessus on ne sait à peu près rien.

Par contre, nous avons vu que les microbes sont éliminés par l'urine, et cela même sans causer de lésions rénales. Chez le malade, les staphylocoques étaient arrivés à l'urètre par l'urine et c'est sans doute cette infection descendante qui avait causé l'urétrite. Mais avec cette conclusion n'est pas encore expliqué pourquoi cette élimination éventuelle de staphylocoque par l'urine a donné lieu à une urétrite, quoiqu'elle ait été très passagère. Car il n'est pas douteux que dans la majorité des cas les bactéries qui passent avec l'urine n'affectent pas cette urètre. Il faut sans doute admettre une aggravation de la virulence des microbes, un terrain favorable et enfin la présence de causes susceptibles de diminuer la résistance à l'infection locale. Le microbe n'est pas tout dans la maladie, et si l'on veut éprouver le rôle d'un microbe sur un organe, il faut, en plus de l'introduction de ce microbe, un traumatisme, une rétention, une irritation chimique ou thermique, pour provoquer une inflammation.

Nous arrivons donc à la conclusion que c'est une infection descendante urinaire qui a causé cette urétrite qui elle-même a été le point de départ d'une infection ascendante vers l'épididyme.

Ce fait vient donc à l'appui des opinions émises par MM. Faroy, Baron et Dumont qui font des orchites survenant au cours de septicémies typhiques, colibacillaires ou méningococciques non point des complications directes de la septicémie, mais des complications secondaires d'un envahissement probable des

voies urinaires. Dans le cas de von Biland, l'urétrite a précédé la localisation testiculaire et justifie cette opinion.

On pourrait enfin discuter un dernier point : c'est de savoir si la suppuration observée dans certaines orchites infectieuses est toujours l'indice de l'infection microbienne de la glande ou si elle ne pourrait pas être l'effet de la toxine du microbe.

En ce qui concerne le cas de MM. Biland, Quénu et le nôtre il n'y a aucun doute : les culturesensemencées ont montré des colonies de staphylocoque doré. Mais il peut ne pas en être toujours ainsi. Avec quinze gouttes de toxines d'Eberth, Esmonet a provoqué une nécrose totale du testicule.

En 1902, Dorland a dit avoir extrait des urines des malades atteints d'orchite ourlienne ou blennorragique un produit nouveau, de nature albuminoïde dont l'injection dans le testicule d'un chien provoquait rapidement et dans tous les cas l'apparition d'une orchite évoluant vers la suppuration et laissant après elle une sclérose de la glande.

On sait, d'autre part, que Christmas a montré que les cultures de staphylocoques stérilisées à 100° sont pyogènes et que cette propriété est due à une substance précipitable par l'alcool.

Il est donc possible qu'un certain nombre d'orchites observées au cours des septicémies soient des orchites toxiques plutôt que des orchites septiques, mais ce n'est là qu'une hypothèse que des examens bactériologiques minutieux et répétés pourraient seuls vérifier.

En résumé, on peut déduire de nos observations que l'orchépididymite aiguë staphylococcique peut être une localisation d'une staphylococcémie primitive, le microbe atteignant l'épididyme suivant les cas :

1^o Par voie sanguine.

2^o Par voie descendante rénale : le staphylocoque venant du rein descend vers l'urètre prostatique et, de là remontant par la voie déférentielle, envahit les voies spermatiques.

3^o Par voie ascendante urétrale, à la suite d'une urétrite causée par l'urine bactérienne.

4^o Par voie prostato-séminale.

5^o Hypothèse d'une orchite toxique.

*
* *

Enfin l'orchépididymite aiguë staphylococcique peut être due à la propagation d'une urétrite primitive.

Les urétrites à staphylocoques purs ne sont pas chose fréquente. Néanmoins, il est possible que l'on ait observé des orchépididymites à la suite de ces affections.

Quant aux orchépididymites dues à la propagation d'une urétrite secondairement à staphylocoques, elles sont légions, — mais ce sont surtout des formes mixtes, à « microbes associés ». Nous savons qu'au cours de la blennorrhagie, l'épididymite est très rarement due au gonocoque ; ce sont, la plupart du

temps, les microbes associés ou secondaires au gonocoque qui provoquent l'inflammation épididymo-testiculaire. Lavenant a même retrouvé du staphylocoque pur dans une épididymo-vaginalité blennorragique, à la ponction de l'épididyme et de la vaginale. Les orchépididymites que l'on observe au cours des urétrites banales, à microbes associés, sont également très fréquentes, mais elles ont presque toutes comme point de départ des injections urétrales mal faites.

Il est évident que dans ces formes le microbe a gagné l'épididyme soit par la voie canaliculaire, — par continuité du tissu muqueux ou par la lumière du déférent —, soit par la voie lymphatique. Il s'agit d'une infection ascendante uréthro-déférentielle.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces formes d'épididymites puisqu'elles sont presque toutes dues aux « microbes associés » et que nous n'avons en vue que les épididymites à staphylocoques purs.

SYMPTOMATOLOGIE

Les orchépididymites staphylococciques aiguës offrent des caractères communs aux formes aiguës par les germes les plus variés. On peut distinguer deux formes cliniques : une première, aiguë suppurée, une deuxième, aiguë non suppurée.

Les symptômes généraux de l'orchépididymite staphylococcique aiguë sont d'apparence assez graves,

quoique de brève durée, la guérison de ces attaques aiguës s'obtenant presque constamment en peu de jours : température élevée, état saburral des voies digestives, autres localisations staphylococciques antécédentes ou présentes.

Les symptômes locaux sont les suivants : douleur vive et spontanée avec irradiations iliaques et lombaires ; augmentation de volume de la région hémiscrotale avec peau tendue, rouge, adhérente. L'examen montre une épидидymite dont le siège le plus souvent remarqué est la queue, infiltration inflammatoire périépididymaire. Quelquefois, légère vaginalité séreuse. Le testicule paraît indemne dans la plupart des cas. Il n'est pas possible cependant d'affirmer son intégrité. Dans le cas de M. Quénu, le testicule était atteint d'une façon prépondérante. Le cordon spermatique est presque toujours atteint. Gros et douloureux il participe au processus inflammatoire, soit sous forme de funiculite totale, soit sous forme de déférentite, cette dernière se manifestant le plus souvent par un épaississement fibreux diffus.

Plus fréquemment absence de réaction prostatoséminale.

Urines troubles, avec le plus souvent présence de staphylocoques. Il peut exister une urétrite en activité déterminée par le germe lui-même, mais la plupart du temps, tout écoulement urétral appréciable manque totalement.

Pour l'établissement du diagnostic, en plus des faits cliniques cités plus haut et de la présence de

staphylococcies dans les antécédents immédiats, on se basera sur les résultats bactériologiques (culture des urines, de la sécrétion urétrale éventuelle, du liquide de la vaginale s'il y en a, du pus des abcès épидидymaires obtenu par aspiration, du sang).

Dans la majorité des cas, c'est le staphylocoque doré qui fut isolé des cultures.

Le diagnostic différentiel se fera :

a) avec les orchіépидидymites aiguës des différentes infections générales qui sont évidentes ;

b) avec l'orchіépидидymite colibacillaire, mais l'identification du germe sera facile dans les urines ou dans les foyers lésionnels ;

c) avec la forme aiguë de la bacillose génitale, à cause de l'identité des symptômes. Mais dès le 4^e ou 5^e jour, l'état douloureux décroît, l'épididyme perd sa régulière tuméfaction et présente une ou plusieurs bosselures, rapidement fluctuantes, tendant à s'ouvrir spontanément et à demeurer fistuleuses. A partir de ce moment, l'affection évolue selon le type d'une tuberculose testiculaire chronique.

d) avec l'épididymite aiguë blennorragique : dans ce cas il y a la notion d'une blennorragie, la présence de gonocoque dans le pus urétral.

e) avec l'orchite d'origine urétrale, mais il y a alors la notion d'un cathétérisme antérieur.

f) avec l'orchite syphilitique, le diagnostic se fait d'après les antécédents, la réaction de Bordet-Wassermann ou même le traitement d'épreuve.

ÉVOLUTION, PRONOSTIC

Le pronostic local est bénin, la guérison s'obtenant en deux ou trois semaines au plus tard. La forme aiguë de l'épididymite staphylococcique peut pourtant conduire à un état chronique : elle peut aussi donner lieu à la formation d'abcès.

II

ORCHI-EPIDIDYMITES STAPHYLOCOCCIQUES SUBAIGUES ET CHRONIQUES

Le diagnostic de l'épididymite chronique non spécifique, c'est-à-dire de l'épididymite chronique qui n'est ni blennorragique ni tuberculeuse est toujours difficile, et, mis à part les épididymites des urinaires, trop souvent des épididymites qui ne sont pas de toute évidence syphilitiques ou gonococciques sont dites tuberculeuses.

Il est indiscutable, sans doute, que les plus fréquentes sont bien de nature tuberculeuse. Mais différents auteurs ont publié ces dernières années une série d'observations relatives à des épididymites subaiguës et chroniques ayant les caractères cliniques des formes tuberculeuses communes mais qui, traitées par l'hémicastration, ont été reconnues au contraire à l'examen micro-biologique comme étant dues à d'autres germes pathogènes et en particulier au staphylocoque.

Ainsi que nous l'avons dit au début de ce travail, nous n'entendons traiter ici que des épididymites *dues au staphylocoque seul*.

HISTORIQUE

C'est à Dorn (1920) qu'on doit le premier travail intéressant sur le rôle du *staphylocoque* dans les épидидymites chroniques non tuberculeuses et non gonococciques. Ces épидидymites seraient dues à des germes variés mais plus fréquemment au staphylocoque peu virulent. Dorn décrit 2 cas où il a trouvé ce microbe dans l'urine ou dans les sécrétions prostatiques. Rappelons un cas concernant un homme de cinquante et un ans qui avait souffert d'une épидидymite droite ayant guéri par un traitement médical. Ni infection vénérienne ni gonococcique. Il restait une tuméfaction diffuse épидидymaire avec deux noyaux, l'un à la queue, l'autre à la tête de l'épididyme. Le testicule et le déférent étaient normaux comme consistance et comme volume. Pas de lésions prostatico-séminales. Le diagnostic clinique conclut à une forme tuberculeuse d'autant plus que les réactions de V. Pirquet et de Pondorf avaient été positives. On procéda à l'hémicastration. L'examen histopathologique fit établir le diagnostic d'épididymite chronique avec infiltrations plasmacellulaires et présence de petits abcès, sans aucune trace de tuberculose. La nature staphylococcique de la lésion fut établie en se basant sur la présence de ces germes dans les urines, sur l'épreuve culturale des urines, positive quant au staphylocoque, et sur la présence du germe

lui-même dans la sécrétion prostatique, tandis que plusieurs examens au point de vue gonocoque furent constamment négatifs, ainsi que les tentatives répétées de réactivation du germe lui-même.

Flesch-Thébésius (1921), sur 6 cas étudiés, ont relevé deux fois la présence du staphylocoque dans le testicule ou l'épididyme. Rappelons ici ces deux observations : Le premier cas concerne un sujet de quarante-sept ans atteint de tuméfaction douloureuse à marche fébrile (38°) du testicule droit, avec déférentite. La biopsie démontra une infiltration inflammatoire lymphocellulaire périvasale ; aucune caractéristique histologique se rapportant à la tuberculose. L'hémi-castration pratiquée fit découvrir des abcès, desquels fut isolé par les auteurs un *staphylocoque doré*. Le patient fut guéri.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de cinquante-six ans, qui avait souffert de gonorrhée à l'âge de vingt-quatre ans. A la suite d'un effort musculaire, il ressentit une douleur dans le testicule gauche ; consécutivement, et après avoir présenté de la furonculose d'un membre supérieur, il remarqua une tuméfaction à évolution lente du testicule lui-même. L'épididyme était notablement tuméfié, bien séparé du testicule également augmenté de volume et présentant des fluctuations en quelques points. Des *staphylocoques* furent isolés du pus des abcès. Le patient fut opéré d'hémi-castration. L'examen histopathologique de l'épididyme démontre une infiltration inflammatoire banale chronique, avec plasma-

cellules et fibroblastes, et zones nécrotiques avec présence d'abcès.

Schaeffer (1921) qui n'a pas observé cliniquement moins de 67 épидидymites non gonococciques, a pratiqué chez 18 de ces malades la ponction de l'épididyme et cultivé le liquide ainsi obtenu : 6 fois la culture est restée stérile, 6 fois on a trouvé du *staphylocoque doré* ; dans les autres cas, des bacilles ou cocci variés.

Crescenzi a repris cette étude en 1922 en se basant sur 5 cas personnels d'orchépididymite chronique, recueillis en l'espace de quatre ans. En raison de la persistance et de l'importance de la lésion, ces malades subirent une épидидymectomie. Crescenzi a fait une étude très complète des pièces enlevées opératoirement. L'examen clinique et histologique permet d'exclure certainement, dans ces cas, la tuberculose (toutes les inoculations ont été négatives), la syphilis et la blennorragie. Chez un malade il a été trouvé du staphylocoque dans l'urine ; chez un autre dans l'urine et dans l'épididyme. Rappelons le cas 4 où l'on voit que le *staphylocoque blanc* fut isolé :

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans atteint de syphilis six ans auparavant. Il avait constaté depuis un mois une tuméfaction d'abord indolore puis douloureuse, de la région hémiscrotale droite. L'épididyme était gros, spécialement au niveau de la tête. Pas de déférentite, mais présence de nodules sur la prostate. Ganglions inguinaux, gros et douloureux à droite. Cutiréaction positive ; réaction de Wasser-

mann pure positive. On procéda à l'épididymo-déférentectomie. L'examen histologique démontra des lésions localisées en prédominance à la tête de l'épididyme et consistant en zones nécrotiques et en infiltrations parvi-leuco-plasma-cellulaires avec fibroblastes s'étant substituées totalement à la partie supérieure de l'organe qui n'était plus reconnaissable. Les conduits épидидymaires, d'ailleurs déformés, n'existaient plus qu'au niveau du corps et de la queue. Les cultures du fragment enlevé permirent de trouver du staphylocoque blanc. L'épreuve biologique fut négative. L'A. fait le diagnostic d'épididymite chronique avec foyer de nécrose, de nature staphylococcique probable.

Dittrich (1923), traitant des épидидymites chroniques non spécifiques, relève les cas que l'on peut rapporter par leur genèse au staphylocoque.

Burmeister et Cahn (1926), étudiant la fréquence de l'épididymite non gonococcique, spécialement chez des individus à antécédents tuberculeux, admettent qu'il puisse s'agir quelquefois d'infection staphylococcique banale.

Lindgren (1928), Campbell (1928) et Suren (1929) admettent le staphylocoque, comme agent pathogène de quelques épидидymites chroniques spontanées.

Seifert (1930) a pratiqué l'examen bactériologique de l'urine dans 18 cas d'épididymites non spécifiques, à marche subaiguë et chronique : il a trouvé 13 fois du staphylocoque et 5 fois du coli-bacille.

Redon (1930), dans une très intéressante revue générale, communique, entre autres, 3 cas d'épididymites chroniques qu'il considère comme *dues au staphylocoque*. Nous reproduisons plus loin ces 3 observations *in extenso*.

Philippowicz (1930) rapporte un cas d'épididymite suppurative à *staphylocoque doré* dont voici le résumé:

Un homme de quarante ans a eu, il y a douze ans, une blennorrhagie qui a guéri sans avoir touché les épидидymes. Depuis un peu plus d'un an, il ressent dans le testicule droit des douleurs survenant par accès, parfois si violentes qu'elles imposent le repos au lit. Urines normales. A l'examen, l'épididyme droit est doublé de volume, épaissi, très douloureux à la pression ; l'épididyme gauche présente une induration douloureuse ; prostate un peu grosse. Wassermann négatif. On opère d'abord le côté droit : épидидymectomie suivie d'implantation du canal déférent dans le testicule. Cinq mois plus tard, même opération du côté gauche. Guérison complète et définitive. Des deux côtés, l'épididyme est transformé en un abcès unique, à paroi épaisse, contenant une cuillerée à café de pus : l'examen bactériologique donne du staphylocoque doré en culture pure.

Mazzacuva (1930) a décrit un cas assez intéressant d'orchépididymite chronique, staphylococcique, à type pseudonéoplasique. Il s'agit d'un malade de soixante et un ans avec hérédité maternelle tuberculeuse, ayant depuis des années une hernie inguinale gauche, et présentant depuis quelques mois une aug-

mentation de volume progressive de l'hémiscrotum du même côté. La peau était adhérente sur un seul point à cette tuméfaction et cela d'une manière assez lâche. La tuméfaction elle-même avait une forme ovoïdale, une surface lisse, étant de consistance inégale (molle en avant, dure et fibreuse en arrière). En bas, il paraissait impossible de séparer le testicule, au moins en partie. Réaction de Wassermann négative et cuti-réaction de von Pirquet douteuse. L'orchidéférentectomie fut pratiquée. L'examen du lambeau prélevé montra l'épididyme et une partie du testicule méconnaissables. Il existait une sorte de tissu de couleur blanc jaunâtre, néoformé et, dans la partie antéro-latérale de ce dernier, une vaste cavité pleine de caillots hématiques mixtes à tissu d'aspect gélatineux. Dans l'épaisseur de la masse solide, çà et là, hémorragies et cavités contenant du pus. Le déférent était uniformément augmenté de volume. De la partie réséquée, sur tous les milieux, fut isolé en culture pure le *staphylocoque doré*.

L'examen histo-pathologique du fragment démontra : un tissu fibreux avec zone d'infiltration parvicellulaire, sans la présence en aucun point ni de cellules épithélioïdes, ni de cellules géantes. L'A. posa le diagnostic de fibrose testiculaire par orchiepидidymite chronique staphylococcique.

Enfin, tout récemment, Bolognesi et Redi (1932), dans une très intéressante revue générale à laquelle nous avons fait de larges emprunts, apportent une contribution personnelle résultant de leurs observa-

tions sur 2 cas d'épididymites dues, selon toutes probabilités, au *staphylocoque*.

Le premier cas concerne un homme de quarante-cinq ans atteint depuis longtemps d'hernie inguinale gauche, sans antécédents vénériens qui, trois années auparavant, avait été soudainement pris de douleurs avec tuméfaction et rougeur de l'hémiscrotum gauche de façon aiguë avec fièvre à 40°. Deux mois après le début de cette tuméfaction et pendant la période de refroidissement, une orchietomie fut pratiquée. Le malade guérit, un an après, un abcès se produisit sous la cicatrice opératoire. L'abcès fut incisé et la guérison fut rapide.

L'affection présente remonte à un an. Le patient, sans avoir subi aucun trauma, fut dernièrement repris de fièvre élevée (39°) et remarqua une rapide tuméfaction douloureuse de l'hémiscrotum droit. Il s'agissait d'une orchépididymite dont les caractères aigus disparurent assez rapidement. Par ailleurs, une nouvelle tuméfaction aiguë, avec fièvre moins forte, se manifesta deux semaines après et se termina par suppuration. Les cultures du pus extrait par une ponction donnèrent le développement d'un *staphylocoque doré*. L'abcès s'ouvrit spontanément et laissa une fistule sans caractères de tuberculose.

L'affection, examinée à cette période de son évolution, se présentait sous forme d'une tuméfaction diffuse épидидymaire, adhérente à la peau, fistulisée, à surface lisse, de consistance dure fibreuse, avec légère inflammation du cordon et participation atté-

nuée du testicule. Tuméfaction modérée des ganglions lymphatiques inguinaux. Des cocci-pyogènes furent également isolés des urines.

L'orchépididymite chronique, fibreuse, suppurante, fistuleuse qui se présentait ainsi, fut cliniquement suspectée de nature tuberculeuse, quoique n'ayant pas tous les caractères et bien qu'un cocci-pyogène eut été isolé du pus de l'abcès encore fermé.

Une épидidymo-déférentectomie fut pratiquée. L'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'une fibrose avec macro et micro-abcès sans aucun caractère de spécificité. Les cultures des fragments de la partie enlevée donnèrent encore le développement constant d'un *staphylocoque doré* en culture pure. L'épreuve biologique fut cependant quasi négative, la transplantation de fragments épидidymaires chez un cobaye n'ayant donné que le développement d'un petit noyau sous-cutané avec caractères d'inflammation simple.

Le deuxième cas concerne un homme de trente-neuf ans qui, sans antécédents vénériens, avait du subir quelques années auparavant l'hémicastration droite pour lésion inflammatoire orchépididymaire. La maladie actuelle date de huit mois. Le patient remarqua d'abord une augmentation de volume de l'hémiscrotum gauche avec manifestations douloureuses, sans fièvre. La tuméfaction endoscrotale, dont le début avait été insidieux et s'était lentement développée, accusa seulement en ces derniers mois un cours légèrement fébrile (37°5-38°). Au moment de

l'observation, on relève une tuméfaction épидидymaire plus accentuée vers la queue (le testicule seul ne participait que faiblement au processus inflammatoire), à surface un peu nodulaire, de consistance dure fibreuse, avec participation totale du cordon et déférentite en partie nodulaire. Légère hydrocèle symptomatique. Prostatite moyenne. On établit le diagnostic clinique d'orchépididymite chronique gauche, nodulaire, non suppurée, avec déférentite nodulaire de nature tuberculeuse.

On pratique encore l'épididymo-déférentectomie et l'on obtient en culture pure des fragments de la partie enlevée, l'isolement du *staphylocoque doré*. L'épreuve biologique fut cependant négative.

Dans les deux cas, la guérison clinique de la lésion fut obtenue. Dans le premier cas, le patient, examiné peu de mois après l'intervention, présentait une augmentation de poids de 8 kilogrammes.

Le résultat histopathologique démontre, dans les deux cas, l'existence d'une épидидymite chronique sans caractères de spécificité, affectant, plus particulièrement dans le premier, une forme fibreuse avec abcès et, dans le deuxième, une forme fibrogranulomateuse avec déférentite.

Bolognesi et Redi croient pouvoir admettre, avec toutes probabilités, l'origine staphylococcique de la lésion. Malgré l'épreuve biologique négative dans le deuxième cas et quasi-négative dans le premier, leur opinion est confirmée — indépendamment de l'examen cultural de l'épididyme enlevé, l'évolution

clinique de la présente lésion et sa rapide guérison — par les antécédents de l'affection de l'autre côté, antécédents qui eurent précisément dans les deux cas une évolution bien adaptée aux infections suppurées à staphylocoque ordinaire.

OBSERVATION VI

Publiée par H. REDON.

Louis H..., 50 ans, 1925.

C'est un diabétique de longue date, et non soigné, qui présente d'ailleurs un bon état général, et dans les antécédents duquel on ne trouve à signaler que des poussées répétées de furonculose, dont il porte de nombreuses cicatrices.

Sa glycosurie est élevée à 450 grammes par jour, et sa polyurie atteint six litres.

Depuis six semaines, il présente un gonflement progressif et peu douloureux du scrotum gauche. A l'inspection, la partie gauche du scrotum est augmentée de volume et rouge.

A la palpation, malgré l'évolution torpide de la tuméfaction, on sent une grosse masse sous tension, « ou l'on ne distingue rien » ; la peau à sa surface est mobile, sauf à la partie déclive et postérieure où elle adhère quelque peu.

Une ponction ramène du liquide citrin qui reste stérile à la culture. Le cordon, au-dessus, est un peu douloureux, dur et régulièrement cylindrique, sans qu'il soit possible d'isoler le déférent.

Au toucher, la prostate et les vésicules paraissent normales. Du côté opposé, on note seulement une légère hydrocèle qui laisse palper des organes paraissant normaux.

L'examen des autres appareils n'apporte aucun nouveau renseignement ; en particulier, pas d'urétrite passée avouée, ni présente ; les urines sont normales ; il n'y a ni goutte matinale, ni filaments dans les urines. On porte le diagnos-

tic de tuberculose épididymo-testiculaire massive et l'on décide l'intervention.

Intervention

Hémi-castration par voie inguinale et drainage déclive. Les suites opératoires sont normales.

Examen macroscopique

A l'ouverture, hydrocèle coagulée en masse, légère pachyvaginalite.

Le testicule paraît parfaitement normal, l'augmentation de volume de l'épididyme porte surtout sur la queue avec un point de suppuration ; la tête semble normale.

Lésions de funiculite oedémateuse massive, mais le déférent est sain.

Ensemencement

On cultive un fragment d'épididyme ; il pousse des colonies pures de staphylocoques blancs.

A l'examen histologique : la coupe montre des lésions inflammatoires péricanaliculaires analogues à celles que nous avons déjà étudiées. Des placards infiltrés de polynucléaires et de lymphocytes sans disposition régulière enserrant les tubes épididymaires ; ceux-ci, à de rares exceptions près, présentent une lumière et un épithélium intacts.

Diagnostic histo-pathologique : Epididymite subaiguë péricanaliculaire.

* * *

Cette observation manque de contrôle bactériologique direct, puisqu'il a été impossible de trouver des staphylocoques sur les coupes ; cependant, la culture positive d'un

fragment épидидymaire, les antécédents staphylococciques de ce malade, l'allure clinique elle-même, l'absence de symptômes actuels de la bacillose, sont des arguments suffisants pour affirmer le diagnostic d'épididymite staphylococcique. Ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par l'examen histologique qui nie la tuberculose.

OBSERVATION VII

Publiée par H. REDON.

Jean L..., 30 ans.

Entre le 1^{er} février 1927.

Depuis cinq à six mois, le malade se plaint de vagues douleurs lombaires sans caractère particulier.

Il y a quinze jours, il a commencé à souffrir de la partie droite du scrotum, d'une douleur peu vive, irradiée dans l'aîne et vers la région lombaire. Il s'est aperçu vers la même époque, d'un gonflement survenu au niveau de son testicule droit.

A l'examen, on constate une tuméfaction irrégulière et bosselée de la queue de l'épididyme, de consistance ferme, non douloureuse à la palpation.

Le testicule paraît sain, ainsi que la tête de l'épididyme.

On sent bien le sillon épидидymo-testiculaire. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale.

Légère déférentite au niveau de la portion scrotale du déférent sans funiculite.

Au toucher rectal la prostate paraît normale. On sent à la place de la vésicule séminale droite une tuméfaction indurée, mal limitée et peu douloureuse. Pas le moindre écoulement urétral.

Il n'y a aucune altération de l'état général. Pas de localisation clinique de tuberculose : pas d'antécédents pouvant être rapportés à elles.

Le malade a été opéré d'hydrocèle gauche en 1916 ; il avait contracté quelques années auparavant, une blennor-

ragie qui a évolué de façon bénigne, et dont il ne présente plus, à l'heure actuelle, aucun symptôme. Aucune pyrexie récente, mais depuis la guerre, poussées récidivantes de furonculose et d'eczéma.

On pose le diagnostic de tuberculose épididymaire, sans attacher la moindre importance à ces lésions bénignes et l'on décide d'opérer.

Intervention

Epididymectomie (Dr Moulonguet). Ouverture de la vaginale, dissection de l'angle épididymo-déférentiel, au cours de laquelle on prélève une goutte de pus, dont la culture reste stérile.

Epididymectomie partielle. — On résèque le corps, la queue et la portion initiale du déférent. Pas de ligature. Des mèches sont laissées en place, et la plaie fermée seulement partiellement.

On cultive un fragment de tissu épididymaire et l'on observe une culture de staphylocoques.

L'examen histologique est fait et donne les résultats suivants :

Coloration à l'hématéine-éosine.

On trouve sur la coupe des manchons inflammatoires péricanaliculaires constitués par des polynucléaires et des lymphocytes. Par endroit l'épithélium des tubes est infiltré ; ailleurs on note des lésions épithéliales de desquamation ; la lumière des tubes particulièrement atteints est souvent obturée par des bouchons purulents.

Ce stroma est pourtant le siège de petits abcès disséminés.

Coloration au Gram.

Sur cette coupe, on trouve, en outre, des éléments micro-

biens appartenant au type staphylocoque, (amas de cocci, gram positif).

*
* *

Le diagnostic d'épididymite inflammatoire subaiguë d'origine staphylococcique est posé.

Il est évident que, dans ce cas, l'étiologie véritable remonte aux lésions répétées de furonculose que le malade avait signalées au cours de son interrogatoire.

OBSERVATION VIII

Publiée par H. REDON

A... Mohammed, âgé de 27 ans.

Entré à l'hôpital Tenon, le 15 octobre 1927, où il est admis dans un service de médecine et où mon collègue et ami Vialard me demande de l'examiner.

Manœuvre, le malade a ressenti pendant la journée une sensation de pesanteur douloureuse au niveau du testicule gauche. Il termine cependant sa journée de travail et se présente à l'hôpital le lendemain.

A l'examen, l'inspection montre une légère augmentation de volume de la bourse gauche, dont la peau est restée normale.

A la palpation, la testicule et l'épididyme sont très facilement délimitables. Le testicule gauche a gardé sa sensibilité, son volume et sa consistance normale.

L'épididyme présente une tuméfaction diffuse, dont le volume atteint celui d'une grosse amande. Cette tuméfaction envahit la queue et le corps de l'organe, ne respectant que la tête ; elle masque complètement la portion initiale du déférent que l'on ne peut isoler qu'au dessus de la partie moyenne du corps épидидymaire.

La consistance de la tumeur est dure, uniforme, assez régulière, parfaitement bien isolable du testicule ; le canal déférent au-dessus est un peu dur, douloureux, et augmenté de volume, mais il ne semble pas y avoir de funiculite.

Enfin, la tuméfaction adhère à la face profonde du derme au niveau du pôle inférieur du testicule.

Il n'y a pas de liquide dans la vaginale, aussi bien à l'examen physique, qu'à la ponction exploratrice.

Une ponction tentée au niveau de l'épididyme, en un point dont la consistance paraît fluctuante, ne ramène rien.

Le côté droit paraît sain. Cependant, au niveau de la queue, très légère induration du volume d'un plomb de chasse, reliquat d'une urétrite aiguë gonococcique que le malade a présentée il y a 10 ans.

Au toucher rectal, la prostate est indolore ; sa consistance à peu près régulière est un peu plus ferme à gauche ; son volume est normal ; la vésicule droite n'est pas palpable ; la gauche, un peu molle, est légèrement douloureuse.

Examen de l'Urètre :

L'examen de l'urètre est rigoureusement sec ; pas de goutte matinale. Pas de sécrétion après massage périneal et expression urétrale. Au cathéter, la paroi apparaît souple et de calibre régulier. Il n'a pas été fait d'uréthroscopie.

Examen du l'Urine :

On a recueilli :

1^o L'urine du premier jet par miction ; urine légèrement trouble, présentant quelques filaments.

2^o 10 centimètres cubes d'urine environ après massage de la prostate, par miction encore : l'urine est trouble dans son ensemble avec des filaments et des flocons grumeleux.

3^o L'urine vésicale par cathétérisme : l'urine ramenée est claire, sans filaments.

De cet examen, on peut déjà conclure à une lésion chronique uréthro-prostatique sous cervico-vésicale.

Après centrifugation de 30 minutes, la hauteur du culot traduit les données du simple examen ; le culot des urines

du tube 2 est au moins le triple de celui du tube 1 ; il s'agit donc surtout d'une lésion d'origine prostatique.

L'examen bactériologique direct a été pratiqué dans les trois tubes. Sur les lames 1, 2, 3 on trouve de nombreux polynucléaires altérés ; ils sont, toutefois, plus abondants sur la lame 3.

Sur les lames 1, 2, 3 on trouve, en assez petit nombre, des cocci, la plupart du temps isolés. Gram positif. Sur la lame 1, il existe en plus quelques cocci ; Gram négatif ; isolés, extra-cellulaires, jamais de diplocoques. On ne peut affirmer, d'après l'examen direct sur lame, qu'il s'agisse de gonocoques.

Les cultures sur gélose sang glyciné n'ont révélé que du staphylocoque pur, jamais de gonocoque.

A l'interrogatoire, le malade racontait avoir eu, il y a dix ans, une urétrite gonococcique, qui s'est compliquée d'orchite aiguë du côté droit ; depuis pas de nouvelle urétrite, pas de goutte matinale, pas de fréquence, pas de douleurs articulaires. Aucun autre précédent, sinon une légère bronchite chronique, et de fait le malade présente une toux sèche et fréquente, mais sans expectoration. L'auscultation et un examen radioscopique de l'appareil pulmonaire se montrent complètement négatifs.

Le malade ne présente aucune trace d'adénite suppurée ; il n'a pas d'adénopathie ; ses fonctions digestives sont normales. Pas de paludisme ; pas de syphilis clinique. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont toutes deux négatives.

On pense donc, en présence de ces données, à une épидidymite chronique banale, non tuberculeuse, probablement staphylococcique.

Quinze jours plus tard, malgré une amélioration des symptômes locaux, le malade souffre toujours un peu à la marche, demande une intervention et insiste pour être opéré.

Comme il peut persister cependant quelque doute sur l'origine tuberculeuse de cette épididymite, malgré la présence de staphylocoques dans son urètre, malgré l'absence de tout symptôme de tuberculose viscérale ou ostéo-articulaire, l'intervention est décidée.

Intervention le 24 octobre 1927.

Anesthésie générale au Schleicht.

Incision scrotale antérieure. Il n'y a plus de cavité vaginale ; les deux feuillets sont accolés par des adhérences lâches, qu'on dissocie facilement à la sonde cannelée.

Au-dessus et en arrière du testicule, on trouve une grosse masse assez bien délimitable, englobant la portion initiale du déférent, ne respectant que le globus major de l'épididyme. Les tissus alentour sont sclérosés et crient sous le bistouri.

Epididymectomie facile sans hémorragie ; et, à l'exclusion d'un petit vaisseau du voisinage de la queue, l'opération se fait presque à sec.

Fermeture de la brèche vaginale au catgut ; suture superficielle au crin de Florence sans drainage. Les suites opératoires sont absolument normales.

Examen macroscopique de la pièce opératoire :

La pièce est du volume du petit doigt ; le déférent a pu être isolé de l'épididyme auquel il était accolé ; la tête épididymaire seule paraît normale.

A la coupe, il semble s'agir surtout d'une sorte de guangue fibreuse enserrant l'épididyme ; il n'y a pas d'abcédation, mais l'existence de petits grains jaunes simule bien la tuberculose.

Des fragments en sont isolés aseptiquement pour culture. La culture de fragments d'épididyme et de déférent sur bouillon ascite, montre des colonies pures de staphylocoques

à l'exclusion de tout autre germe. Le repiquage sur milieu au sang, montre encore du staphylocoque pur, blanc et doré, et rien que du staphylocoque.

La pièce fixée au liquide de Bouin, on en enlève quatre fragments : 1) Au niveau du déférent ; 2) au niveau de la queue ; 3) au niveau du corps ; 4) enfin au niveau de la tête, quoiqu'elle paraisse saine ; ces fragments sont colorés à l'hématéine éosine, au Von Gieson, au Gram, et au Ziehl.

L'examen histologique en est pratiqué et montre que les lésions prédominent nettement au niveau de la queue de l'organe.

1° Au niveau de la tête :

La coupe intéresse de nombreux tubes épидидymaires qui sont tous entourés d'un anneau inflammatoire subaigu, où dominant les lymphocytes.

La paroi des canaux est pénétrée, en de nombreux points, par les éléments inflammatoires (lymphocytes, polynucléaires), mais dans l'ensemble la lumière demeure libre.

2° Au niveau du corps et de la queue.

Ces lésions sont beaucoup moins discrètes. De nombreux canaux sont complètement détruits ; il ne reste que les débris épithéliaux rappelant le contour des tubes, au milieu d'un tissu inflammatoire en évolution, où prédominent les polynucléaires.

En aucun point il n'y a abcédation véritable.

Tous les tubes sont envahis par les éléments inflammatoires et obturés par des bouchons purulents.

3° Au niveau du déférent.

On trouve des lésions subaiguës de péri-déférentite. Infiltration inflammatoire diffuse (lymphocytes et polynucléaires) autour du déférent, pénétrant et dissociant la musculuse.

Pas de pus dans le canal.

En résumé, lésions inflammatoires subaiguës. On ne

peut retrouver en aucun point ni cellule géante, ni follicule tuberculeux.

* * *

Le diagnostic histo-pathologique d'épididymite subaiguë péricanaliculaire avec péridéférentite est donc posé.

Des colorations au Gram et au Ziehl ne permettent pas de mettre en évidence des germes pathogènes, mais nous avons déjà dit que la culture des fragments d'organe avaient révélé de nombreuses colonies de staphylocôques purs.

OBSERVATION IX (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur CHEVASSU

B... Jules, 43 ans, frappeur entre dans le service du Dr Chevassu le 9 janvier 1923.

Il était venu à l'hôpital pour *gros testicules*.

Début il y a 1 mois — a grossi progressivement — absolument indolore.

Antécédents.

Jamais de blennorragie.

Anthrax de la partie supérieure du dos entre les deux omoplates, trois semaines avant la tuméfaction testiculaire. L'anthrax guéri, le malade se plaint de la fréquence des mictions : jour : 20 fois ; nuit 10 fois.

Douleur en urinant

Pas d'hématuries

Au cours de la guerre, blessure au poumon droit traversé de part en part. Hémoptysies.

Examen actuel

Testicules.

Du côté gauche, épидидyme surtout gros à la queue, consistance homogène, granulation dure de la tête de l'épididyme.

Canal déférent augmenté de volume, mais d'une façon régulière.

Le testicule est normal et de consistance élastique.

— A droite. L'épididyme paraît moins gros. Le testicule est normal.

Le canal déférent dur, grossit en descendant.

Fréquence des mictions.

jour : 5 ou 6

nuît : 1.

Jet normal.

Urines. — 1^{er} verre : claires quelques filaments ; 2^e verre : claires, 3^e verre : claires.

Pas de douleurs en urinant.

Pas d'hématuries.

Examen non instrumental.

Reins non perceptibles.

Pas de points urétéraux.

Vessie : O.

Urètre : O. — Pas d'écoulement urétral.

Prostate.

Peu augmentée de volume.

Un peu plus fermé que normalement.

On sent les vésicules séminales des 2 côtés.

Etat général.

Bon.

Pas de température.

Pouls, normal, régulier.

Poumons.

Tousse et crache.

Au niveau de la fosse sous-épineuse droite, on localise un petit foyer de râles sous-crépitaux fins.

Cœur : normal.

Réflexes : normaux.

Ur : 0,45.

K : 0,083.

Examen des urines (insuffisamment concentrées).

Urines totales : quelques polynucléaires. Très rares bâtonnets ne prenant pas le Gram. Pas de BK.

Le malade sort de l'hôpital le 25 janvier 1923.

Le 23-1-1923. Epididymes durs des deux côtés mais cylindriques, réguliers.

En voie de régression.

Sans probabilité de tuberculose.

On porte le diagnostic d'épididymites de nature staphylococcique probable.

Cette observation manque malheureusement de contrôles bactériologiques. Cependant l'évolution bénigne et la guérison à peu près complète des lésions cliniques permet de rejeter comme bien improbable l'hypothèse de tuberculose.

Par ailleurs, l'absence complète d'antécédents urétraux avoués et la présence de cet anthrax dans les antécédents immédiats permet d'admettre que l'infection s'est déclarée à la suite d'une bactériémie ou d'une bactériurie passagères à staphylocoques.

OBSERVATION X (*inédite*)

Due à l'obligeance du Dr CH. MÖRTZ

P... Jean, 33 ans, ajusteur, vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis pour gros testicule droit.

Antécédents

Une blennorragie à l'âge de 14 ans.

Ne tousse pas, ne crache pas. Pas de syphilis avouée.

Vers le 15 octobre 1931, apparaît à la cuisse droite une série de furoncles anthracoides. Le malade se fait traiter en ville (incision, pansements avec Immunisol Grémy).

Il y a environ trois mois, c'est-à-dire vers la fin mars 1932, apparaît dans le testicule droit une douleur, « comme s'il avait reçu un coup » déclare le malade.

Le testicule commence alors à augmenter de volume et, 3 semaines après l'apparition de la douleur, il aurait atteint la grosseur d'un œuf de poule. Le malade est mis au repos pendant une quinzaine de jours : la tuméfaction du testicule regresse et la douleur est moins marquée.

Le malade reprend alors son travail, mais fait à ce moment une nouvelle poussée de furunculose, toujours à la cuisse droite. Le testicule droit recommence à augmenter de volume et il est très douloureux. Le malade vient à la consultation le 21 juin 1932.

On constate alors qu'il s'agit d'une épididymite droite diffuse, avec prédominance caudale. L'épididyme est de la grosseur d'un gros crayon, et la tête coiffe « en cimier de casque » le pôle supérieur du testicule.

Le testicule est très légèrement augmenté de volume.

Pas de liquide dans la vaginale.

Les lésions sont presque indolores.

Le déférent est un peu épaissi, d'une manière diffuse, mais non douloureux. Epididyme, testicule, et déférent gauches sont indemnes.

Il n'y a pas d'écoulement urétral et, aux dires du malade, il n'y en aurait jamais eu. Les urines sont claires, sans filaments.

La prostate est normale.

Il s'agit d'une épидидymite chronique droite, en voie de régression, de nature staphylococcique probable (à noter que le malade présente encore des furoncles à la partie externe de la cuisse droite).

Examens bactériologiques

La culture des premières gouttes d'urines après massage de la prostate ne montre quelques colonies de staphylocoque blanc à l'état pur.

La culture des urines recueillies par sondage se montre négatif. Malheureusement ce deuxième examen n'a pas été pratiqué le même jour que le premier et il n'est pas possible d'affirmer, au point de vue pathogénique, s'il s'agit de lésions de la prostate ou de l'urètre postérieur ou au contraire si on a eu affaire à une bactériurie passagère.

Le malade a été mis au vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, à raison d'une piqûre tous les deux jours. Sous l'influence de ce traitement, la douleur disparaît complètement et les lésions de l'épididyme et du déférent ne tardent pas à regresser rapidement.

En *résumé*, on voit que dans la majorité des cas publiés, les épидидymites staphylococciques subaiguës et chroniques ont été considérées cliniquement comme tuberculeuses, mais se sont révélées à l'examen histologique comme non tuberculeuses. C'est le contraste existant à ce sujet entre les constatations seméiologiques d'une part et les résultats histopathologiques d'autre part qui doit faire accorder une valeur plus grande à tous les faits étiologiques et cliniques pour l'établissement du diagnostic.

Le tableau clinique de ces lésions se superpose en effet si exactement avec celui de la tuberculose épидидymaire, le diagnostic précis est si délicat, qu'on l'a rarement posé avec certitude.

SYMPTOMATOLOGIE

Voici quels sont les faits cliniques qui découlent des analyses et des observations que nous avons rapportées plus haut. On verra qu'au point de vue strictement clinique, il existe en effet quelques symptômes qui, par leur groupement plus que par leur valeur propre, arrivent à mettre en doute la tuberculose.

En ce qui concerne l'âge, il s'agit, en général, d'individus adultes : les malades observés par les différents auteurs étant âgés de trente à cinquante ans et au delà. L'épididymite staphylococcique chronique

se remarque surtout chez des individus faibles, qui peuvent être par là-même prédisposés à l'infection tuberculeuse.

Au point de vue des antécédents éloignés, l'existence de maladies vénériennes antérieures chez le malade a naturellement une grosse valeur, mais ne permet pas d'éliminer la forme staphylococcique, car on en a cité des cas apparus spontanément chez des sujets avec précédents tuberculeux et en particulier gonococciques. Les infections staphylococciques antérieures éventuelles, en d'autres points, ont naturellement une valeur positive, surtout s'il s'agit cliniquement d'état de staphylococcémie chronique et atténuée, mais alors le diagnostic est d'autant plus difficile que les symptômes (fièvre, amaigrissement, etc.) rappellent ceux de la tuberculose.

Quant aux antécédents immédiats on doit toujours, d'après certains auteurs, attribuer une certaine part au trauma par effort musculaire (indirect) car il préparerait le terrain (hématomes et hémorragies épididymaires) à la pénétration des germes pathogènes ; mais, de toutes façons, le problème sera longtemps discutable, comme dans les formes tuberculeuses ordinaires.

Les épididymites staphylococciques peuvent se rencontrer indifféremment à droite ou à gauche, mais sont rarement bilatérales et cela doit être pris en considération dans le diagnostic différentiel avec les formes tuberculeuses ordinaires.

En ce qui concerne le début de l'affection, sans être

toujours très net, il est rare qu'il soit aussi estompé que celui de l'épididymite tuberculeuse : il peut s'agir d'une forme chronique consécutive à une forme aiguë ou subaiguë ou d'une forme lente et insidieuse *ab initio*. Mais le plus souvent les malades ont gardé le souvenir d'un *épisode douloureux et subfébrile* qui a attiré leur attention ; mais, dans la règle tout se calme vite et l'évolution devient alors franchement chronique.

L'examen local montre le plus fréquemment une épididymite fibreuse, parfois noueuse et même grumeleuse, à siège diffus ou à prédominance caudale. Ça et là se montrent parfois des abcès au niveau desquels la peau est adhérente ; fait qui rapproche cette lésion des formes tuberculeuses. Néanmoins le siège des lésions sur tel ou tel point de l'organe, leurs caractères physiques même sont variables et tous peuvent aussi bien être réalisés par la tuberculose que par une infection quelconque.

La lésion est en général indolore ; la souffrance peut cependant se manifester sans pour cela affecter un type constant quant à l'intensité.

Dans la plupart des cas, le testicule ne participe pas au processus inflammatoire, ou, alors il s'agit généralement d'une participation atténuée. Cependant on a pu observer, mais très rarement, des cas d'orchépididymites staphylococciques avec atteinte plus ou moins grande du testicule et Mazzacuva a même remarqué une masse testiculo-épididymaire à staphylocoques à type pseudo-néoplasique.

Le cordon spermatique peut être indemne, mais on trouve souvent soit des lésions diffuses de funiculite, soit seulement un déférent gros et douloureux se manifestant le plus souvent par un épaissement fibreux diffus : *jamais on ne le voit moniliforme et irrégulier comme dans la tuberculose.*

La prostate peut donner un résultat clinique négatif : parfois, au contraire, on a pu observer des prostatites simples ou à type nodulaire. Enfin, les lésions des vésicules séminales sont encore plus rares.

Or il est rare que la bacillose laisse la prostate et les vésicules normales, mais on trouve souvent des lésions prostatato-séminales en dehors d'elle, en particulier dans les staphylococcies. Ces lésions sont alors plus douloureuses, moins dures, plus diffuses et surtout elles sont passagères et remarquablement influencées par la thérapeutique locale. A tel point que l'on peut dire que des lésions de la prostate ou des vésicules ayant plus d'un mois de date sont très vraisemblablement tuberculeuses (Stevens).

Il peut exister une urétrite en activité, déterminée par le microbe lui-même, mais la plupart du temps il n'y a pas d'écoulement urétral appréciable.

Mais la clinique est le plus souvent impuissante à nous donner la véritable étiologie.

Il faudra donc, après un interrogatoire très minutieux, examiner au point de vue bactériologique l'écoulement urétral, et s'il n'existe pas, les sécrétions prostatiques. On peut, souvent, en effet, amener au méat une goutte de sérosité et, lorsque c'est impos-

sible, l'examen des premières gouttes d'urine recueillies après massage et centrifugées donne des renseignements très comparables.

Nous croyons qu'il faut également faire une place à l'examen bactériologique des urines (cultures) ; en effet, la flore microbienne est la même dans l'urètre postérieur et dans les voies génitales infectées, non seulement parce que cette infection est très souvent d'origine urétrale, mais aussi parce que les produits de sécrétions de l'appareil génital, et par conséquent les microbes qui en proviennent, se déversent dans l'urètre postérieur. Cet examen doit être fait non seulement sur l'urine recueillie par cathétérisme, mais encore sur l'urine de la miction recueillie, après nettoyage de l'urètre antérieur, dans trois verres : c'est le contenu des deuxième et troisième verres qui doit être spécialement étudié.

Dans la majorité des cas, c'est le staphylocoque doré qui fut isolé des cultures, le staphylocoque blanc fut trouvé assez fréquemment aussi.

Ces examens toujours très simples doivent être systématiques : ils doivent être faits, pour plus de sûreté, après réactivation pour donner plus de chance de retrouver le gonocoque. Il faut toujours compléter un examen direct très soigneux par des cultures sur divers milieux et tout spécialement sur les milieux électifs du gonocoque (milieux au sang de Pfeiffer, etc.).

La présence de microbes banaux dans la sérosité uréthroprostatique —, en dehors de tout urétrite

clinique, — doit d'ailleurs être interprétée avec la plus grande prudence. On sait, en effet que l'urètre est souvent le réceptacle de microbes saprophytes non pathogènes.

Enfin, certains auteurs préconisent la ponction exploratrice qui peut être d'un appoint décisif. Elle sera faite après une pointe de thermocautère, de préférence, pour éliminer plus sûrement les saprophytes cutanés ; elle permet, si elle ramène du pus, d'en faire l'examen direct, la culture et l'inoculation simultanée au cobaye et au rat. Mais cette méthode laisse parfois des fistules très longues à guérir et il est préférable de s'en passer, si possible.

Il reste encore à pratiquer l'urétroscopie et la spermoculture qui peuvent apporter des renseignements utiles à l'établissement du diagnostic.

Enfin, en désespoir de cause, les auteurs étrangers conseillent la biopsie. Mais il semble que la biopsie est incapable de donner la clé du diagnostic. Ce qu'il faut, en effet, pour nier histologiquement la tuberculose, ce sont des examens minutieux de multiples fragments prélevés en des points différents de l'épididyme malade.

On devrait alors faire une incision exploratrice étendue et la biopsie ainsi comprise ne serait plus qu'une épидидymectomie partielle, mais une épидидymectomie à la fois inutile et illogique, insuffisante s'il s'agit de tuberculose, inutilement mutilante si elle révèle une épидидymite infectieuse non bacillaire (Redon).

On voit donc que si malgré les examens bactériologiques le diagnostic demeure hésitant, la seule conduite logique est l'expectative. Il faut attendre, revoir les malades et les suivre de près, et l'on aura souvent la satisfaction de voir l'évolution confirmer le diagnostic de « non tuberculose », car ces épididymites staphylococciques chroniques ont un pronostic très bénin et sont souvent très influençables par le traitement.

PATHOGÉNIE

Nous ne reprendrons pas ici la discussion de la pathogénie que nous avons longuement traitée dans la première partie de ce travail. Rappelons que les épididymites à staphylocoques (s'entend à staphylocoque seul) peuvent être primitives ou secondaires.

L'épididymite primitive est due à une localisation uniquement épididymaire de l'agent pathogène, au cours d'une septicémie staphylococcique (voie hémotogène) ; mais c'est une voie très difficile à prouver car il existe fréquemment des foyers rénaux-vésicaux et on pourra envisager la possibilité de l'infection par l'urine bactérienne.

Reste encore l'hypothèse de poussées épididymaires au cours d'une staphylococcémie passagère : la question mériterait d'être approfondie, étant donné qu'en ce cas l'absence de staphylocoque dans les urines n'excluerait pas la possibilité d'une épididymite staphylococcique.

L'épididymite staphylococcique secondaire peut être due soit à une infection urétrale staphylococcique qui, à son tour, peut être primitive ou post-gonococcique (voie ascendante urétrale), soit à une pyélonéphrite staphylococcique ou au moins à une staphylococcurie (voie descendante rénale). L'épididymite secondaire est également souvent précédée d'un foyer prostatique (voie prostato-séminale), soit que cet organe ait été atteint par voie sanguine, soit qu'il ait été atteint par des infections antérieures : il ne faut pas oublier qu'à la suite de la gonorrhée persiste toujours une urétrite banale, — de staphylocoques, de bactérium coli et d'autres germes, — laquelle favorise l'implantation des bactéries dans la prostate, et consécutivement, dans l'épididyme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épididymite staphylococcique chronique se manifeste anatomo-pathologiquement par un processus inflammatoire chronique portant à la fibrose du tissu testiculo-épididymaire. Voici ce que Bolognesi et Redi ont déduit de l'analyse des examens histopathologiques pratiqués par différents auteurs :

On retrouve dans certaines épididymites staphylococciques, les infiltrations inflammatoires chroniques communes (lympho-leuco-plasmo cellulaires) spécialement à siège péricanaliculaire ; les tubulis épididymaires présentent, au contraire, une altération régressive (desquamations épithéliales, atrophie des cellules

de revêtement jusqu'à la disparition des tubulis eux-mêmes). Il s'agit alors d'épididymites à évolution plus avancée où l'on remarque ensuite des zones de tissu conjonctif néoformé et plus évolué (fibroplastie et tissu fibreux généralement compact) avec processus de dégénérescence (zones de nécroses) et phénomènes suppurés (abcès épидидymaires avec périépididymite).

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que c'est un diagnostic des plus difficiles à établir. On doit y penser lorsqu'apparaît une épидидymite chez un furonculaire récent en l'absence de tout autre manifestation génitale ; mais le diagnostic ne peut être affirmé qu'après les divers examens bactériologiques qui permettront de rejeter l'intervention, car le pronostic de ces épидидymites est, dans l'immense majorité des cas, très bénin et s'oppose à celui des épидидymites bacillaires.

Le diagnostic différentiel se fera avec les autres épидидymites chroniques :

La tuberculose reste la grande cause la plus difficile à éliminer. Mais il sera facile de rejeter les épидидymites qui sont tuberculeuses de façon indiscutable. Ce sont, avant tout, celles qui s'accompagnent d'une fistule ancienne et présentant les caractères cliniques des fistules tuberculeuses. Il sera relativement facile d'éliminer celles qui répondent point par point aux descriptions classiques de la tuberculose épидидymaire. Et l'on ne conteste guère la nature d'une épидидymite

dont le début s'est fait de façon tout à fait imprécise, dont l'évolution demeure torpide et indolente, qui s'accompagne d'un déférent irrégulier et moniliforme, de lésions prostatovésiculaires chroniques et non douloureuses, surtout lorsque cette épидидymite survient chez un tuberculeux avéré.

Mais il existe aussi des épидидymites tuberculeuses à symptomatologie moins nette se rapprochant de nos épидидymites staphylococciques chroniques et dont le diagnostic sera plus difficile à établir. Lorsqu'on est en présence de l'un de ces cas, on ne doit pas porter le diagnostic de tuberculose avant d'en avoir discuté, un à un, tous les symptômes et, « toutes les fois que dans une épидидymite chronique, les signes physiques, ou l'un d'eux seulement, ne sont pas conformes aux descriptions classiques de la tuberculose épидидymaire, il y a de grandes chances pour qu'il ne s'agisse pas d'elle » (Redon).

Il faudra donc attendre, revoir les malades, car l'évolution immédiate de l'épididymite staphylococcique, à condition d'être suivie de près, nous paraît très suffisante pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'épididymite inflammatoire.

La gonococcie infiniment plus rare (forme pseudotuberculeuse de Fournier) sera incriminée en présence d'un écoulement urétral caractérisé, d'un épидidyme bosselé et indolore, de lésions au demeurant fort bénignes et localisées, évoluant parfois par poussées, mais aboutissant en fin de compte soit à la réso-

lution, soit à la suppuration. L'examen de l'écoulement, l'exploration endo-urétrale prudente, l'examen direct et la culture des sécrétions prostatiques après massage en feront la preuve.

Les épididymites infectieuses de cause banale telle que la colibacillose se rapprochent des épididymites staphylococciques par leur début bruyant, leur symptomatologie et leur évolution bénigne, mais la facile identification du germe dans les urines ou dans les foyers lésionnels permettra de faire le diagnostic.

La sporotrichose quand elle ne s'accompagne pas de lésions cutanées caractéristiques, est un diagnostic pour ainsi dire insaisissable.

Enfin on fera la distinction avec :

Les *Epididymites chroniques des urinaires*, d'un diagnostic aisé ;

Les *Epididymites chroniques syphilitiques*, plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ;

Les *Epididymites secondaires* à une maladie générale.

Certaines tumeurs rarissimes de l'épididyme : fibromyome (Eisentaedt), gliomatose (Defrise), myosarcome (Thomson Walker), épithélioma (Lapaute et Cain) et enfin des mycoses qui sont également des raretés : actinomycose, blastomycose. Il va sans dire que toutes ces lésions sont des découvertes histologiques.

Reste encore le groupe des épididymites inflam-

matoires de cause indéterminée, très différemment nommées par les auteurs : épididymites fibreuses : Schmieden et Schwarz ; épididymites chroniques non spécifiques : Elsenberg, Dorn, Dietel, Kapis, etc. ; épididymites chroniques simples, Riganor Irreda ; épididymites kystiques dégénératives, Sallera ; épididymites infectieuses, Bonnet.

III

TRAITEMENT

C'est l'évolution même, parfois longue, mais toujours bénigne des lésions, qui nous impose un traitement essentiellement conservateur.

1^o On instituera d'abord un *traitement symptomatique* très simple des lésions épидидymaires et des lésions vésiculo-prostatiques, si elles existent.

Si la douleur est intense, on prescrira le repos au lit avec les bourses relevées sur un suspensoir de Horand-Lenglebert ou sur une planchette ouatée. On se trouvera bien de calmer les douleurs par l'application de pansements humides et de pommades calmantes, dont celle au collargol est la meilleure.

Aux lésions vésiculo-prostatiques on opposera de petits lavements très chauds et très fréquents, des bains de siège répétés. S'il y a urétrite, la thérapeutique uréthrale demeure très prudente.

Au contraire, si le malade peut marcher, on lui imposera seulement le port d'un suspensoir, les mêmes petits lavements chauds ; on lui conseillera une vie génitale réglée et calme et l'on traitera simultanément, si elle existe, l'urétrite.

2^o *Antiseptiques urinaires*. Dans cet ordre d'idée on prescrira sous une forme ou une autre 1 gr. 50 par

jour d'uroformine. On y associera le plus souvent une dose équivalente de salol.

3^o *Médications spécifiques.* Etant donné que l'on ne sait jamais d'avance quelle sera l'évolution de la furonculose, nous nous demandons si l'application immédiate de la vaccinothérapie ne contribuerait pas dans une certaine mesure à juguler l'infection, à la limiter et à empêcher ainsi la dissémination du staphylocoque dans le torrent circulatoire.

Si l'infection est purement staphylococcique, la vaccination anti-staphylococcique est tout à fait indiquée et donne souvent des résultats remarquables. On utilisera le stock-vaccin antistaphylococcique de Pasteur. Les injections sous-cutanées sont faites tous les deux jours en commençant d'emblée par 2 cc. et en les continuant à cette dose. On fait ordinairement de 6 à 12 piqûres.

On pourra substituer au vaccin antistaphylococcique une vaccinothérapie polyvalente, notamment le propidon. On en fait une série de 3 injections de 4 cc., à raison d'une piqûre tous les deux jours. M. Chevassu qui, depuis des années, a institué ce traitement vaccinothérapique dans différentes staphylococcies, a pu dans de nombreux cas obtenir des guérisons.

Mais il faut conseiller de beaucoup, si possible, les auto-vaccins dans lesquels se trouvent représentés toutes les espèces microbiennes existant chez le malade, de préférence aux stocks-vaccins qui ne répondent pas toujours à toutes ces espèces micro-

biennes : ainsi s'expliquent sans doute un grand nombre d'échecs de la vaccinothérapie, car on n'emploie alors que des vaccins incomplets.

A ce traitement vaccinothérapique on pourra adjoindre un traitement médicamenteux. Le plus récent est le zinc stovarsol qui se présente en comprimés de 0 gr. 25 de matière active. On en donne de 1 à 3 par jour. En général on prend 20 comprimés en tout. Cette médication ne présentant aucun danger pourra être tentée dans tous les cas.

4^o *Traitement chirurgical.* Il y a cependant des épидидymites staphylococciques qu'il faut opérer. Ce sont les formes rares qui évoluent vers l'abcédation malgré le traitement médical ; on peut faire alors une épидидymotomie.

Mais il y a aussi des formes prolongées, récidivantes qui constituent par leur répétition ou leur chronicité une véritable infirmité. Ce sont, dans ces cas, les malades eux-mêmes qui réclament une solution chirurgicale. Dans ces formes rares de l'épididymite staphylococcique, la seule intervention logique est l'épididymectomie, épидидymectomie toujours très localisée d'ailleurs, sans qu'il soit jamais nécessaire de remonter bien haut la dissection du déférent, dont la résection semble tout à fait inutile. La castration, préconisée par certains auteurs, étrangers ne pourrait être discutée que dans les cas tout à fait exceptionnels où la suppuration a également envahi le parenchyme testiculaire.

CONCLUSIONS

I. — L'épididymite staphylococcique est une affection démontrée par la clinique, l'examen bactériologique et même histopathologique.

II. — C'est le staphylocoque doré qui est le plus souvent en cause.

III. — L'épididymite à staphylocoque peut être primitive ou secondaire. Le microbe atteindrait, suivant les cas, l'épididyme.

- 1^o par voie hématique,
- 2^o par voie descendante rénale,
- 3^o par voie ascendante urétrale,
- 4^o par voie prostato-séminal.

IV. — L'épididymite staphylococcique aiguë se manifeste, en général, au cours d'une staphylococcémie et présente, au point de vue clinique, des caractères communs aux formes aiguës par les germes les plus variés.

V. — Nous croyons avoir montré que, si le diagnostic précis de l'épididymite staphylococcique chronique est le plus souvent impossible, il est par contre pos-

sible et souvent facile d'éliminer la tuberculose, en complétant toujours un examen clinique minutieux par des examens bactériologiques tous très simples.

VI. — Ce diagnostic, même s'il demeure simplement négatif, est très important pour les malades, puisque ces épидidymites présentent une évolution bénigne constante, ce qui les oppose complètement aux tuberculoses épидidymaires.

VII. — Aussi, du point de vue thérapeutique, toutes les épидidymites staphylococciques, à de très rares exceptions près, sont justifiables d'un traitement exclusivement médical. En effet sauf indications particulières de l'intervention chirurgicale (abcédations, récidives, chronicité) il suffit de savoir attendre pour voir s'atténuer et disparaître ces épидidymites.

Vu : Le Doyen,
Pour le Doyen : L'Assesseur,
CUNÉO

Vu : Le Président,
Ch. LENORMANT

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARON et DUMONT. — *Bull. et mem. Soc. med. des hôpitaux de Paris*, 3 décembre 1920.
- BILAND. — *Ueber einen Fall von Staphylohaemie*. Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1905, n° 12, 15 juin.
- BOLOGNESI et REDI. — *Sur les épididymites subaiguës et chroniques dites « aspécifiques »*, Journal d'Urologie, t. XXXIII, n° 4, avril 1932.
- BURMEISTER et CAHN. — *Ueber die Häufigkeit der epididymitis non gonorrhoeica*, Münch. med. Woch., 73^e année, n° 36, 3 septembre 1926.
- CAMPBELL. — *The surgical pathology of epididymitis*, Annals of Surgery, t. LXXXVIII, n° 1, juillet 1928.
- CAMPBELL. — *Epididymite non gonococcique et non tuberculeuse*, The American Journal of the Medical Sciences, vol. CLXXVI, sept. 1928, n° 678.
- CRESCENZI. — *Epididymites et orchites chroniques non spécifiques*, XXIX, Cong. Soc. ital. di Chir. Firenze, 21-24 oct. 1922.
- CRESCENZI. — *Ann. Ital. di Chir.*, n° 10, 11, 12, 20 déc. 1922.
- CRESCENZI. — *Archivio italiano di Chirurgia*, t. VII, fasc. 2, avril 1923.
- DITTRICH. — *VII Tagung der Sudestdeutschen Chirurgen vereinigung in Görlitz*, 7 juli 1923.
- DITTRICH. — *Epididymites et orchites chroniques non spécifiques*, Zentralbl. für Chir., t. LI, n° 4, 1924.
- DORLAND. — *Soc. de Biol.*, mai 1902.
- DORN. — *Die chronische nicht spezifische epididymitis*, Brun's beitrage z. klin. Chir., t. CXX, 1920.
- DU BOIS. — *Orchiepididymite spontanée à staphylocoques avec fonte du testicule*, Revue médicale de la Suisse Romande, 20, XI, 1909.

- DUMONT et TISSIER. — *Epididymite staphylococctque. Vaginalite suppurée à pneumobacille*, Paris médical, 5 août 1922.
- ESMONET. — Thèse de Paris, 1903.
- FAROEY. — *Bull. et mémoires Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1918.
- FLESCH-THÉBÉSIUS. — *Zur Kenntnis der chronischen nicht spezifischen entzündung des nebenhodens und des hodens*. Brun's beitrage z. klin. Chir., t. CXXIII, 1921.
- LAURET et PETRIGNANI. — *Epididymites chroniques inflammatoires de nature indéterminée*, Annales d'anat. pathologique, juillet 1930.
- LAVENANT. — *De l'épididymo-vaginalite blennorragique*, Journal d'Urologie, t. XII, n° 4, oct. 1921.
- LE FUR. — *Des infections urinaires ou génitales staphylococciques et de leur traitement par la vaccinothérapie*, Association française d'Urologie, XXI^e session, 1921.
- LEGUEU. — *Des staphylococcémies d'origine urinaire*, Journ. d'Ur., 1913, t. IV, 15 décembre.
- LINDGREN. — *Sur les épididymites septiques avec considérations particulières sur les formes à marche chronique*, Zeitschrift für urologische chirurgie, t. XXV, fasc. 3-4, sept. 1928.
- MALHERBE — *Sur un cas d'urétrite à staphylocoques*, Ann. des mal. des org. gen. ur., 1901.
- MATIGNON. — *Etude clinique des psetico-pyohémies staphylococciques chez l'adulte*, Thèse de Paris, 1922.
- MAZZACUVA. — *Un cas die orchiepididymite cronica stafilococcica a tipo pseudo-neoplastico*, Pathologica, n° 467, 15 Sett. 1930.
- MOTZ. — *Pyonéphrites*, Thèse de Paris, 1932.
- PHILIPOWICZ. — *Sur la casuistique de l'épididymite suppurée non spécifique*, Zentralblatt für Chirurgie, t. LVII, n° 28, 12 juillet 1920.
- QUÉNU. — *De l'orchépididymite au cours des staphylococcémies*, Presse mécdiale, 21, IV, 1909.
- REDON. — *Les épididymites chroniques non tuberculeuses de l'asulte* Thèse de Paris, 1928.
- REDON. — *Remarques sur les épididymites chroniques chez l'adulte*, Journal de Chirurgie, t. XXXV, n° 4, avril 1930,

- ROLLNICK. — *Le mécanisme de l'épididymite*, Surgery, Gynecology and Obstetrics, t. XLI, juillet 1925.
- ROLLNICK. — *The pathology of Epididymitis*, Surg. Gynec. and Obstetr., vol. XLVII, n° 6, décembre 1928.
- SCHAEFFER. — *Ueber Epididymitis non gonorrhoeica*, Med. klin., n° 12, 1921.
- SEIFERT. — *Sur le diagnostic de l'épididymite non spécifique*, Zentralblatt für Chirurgie. t. LVII, n° 1, 4 janvier 1930.
- SUREN. — *Des épididymites non spécifiques prenant l'allure de l'épididymite tuberculeuse*, Zeitschrift für Urologische Chirurgie, t. XXVII, fasc. 3, 10 mai 1929.

1

Saint-Amand (Cher). — Imp. R. BUSSIÈRE. — 10-10-1932
